

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituto de ensino e progressos da Cirurgia

Director: DR. CARLOS ALBERTO RIBEIRO

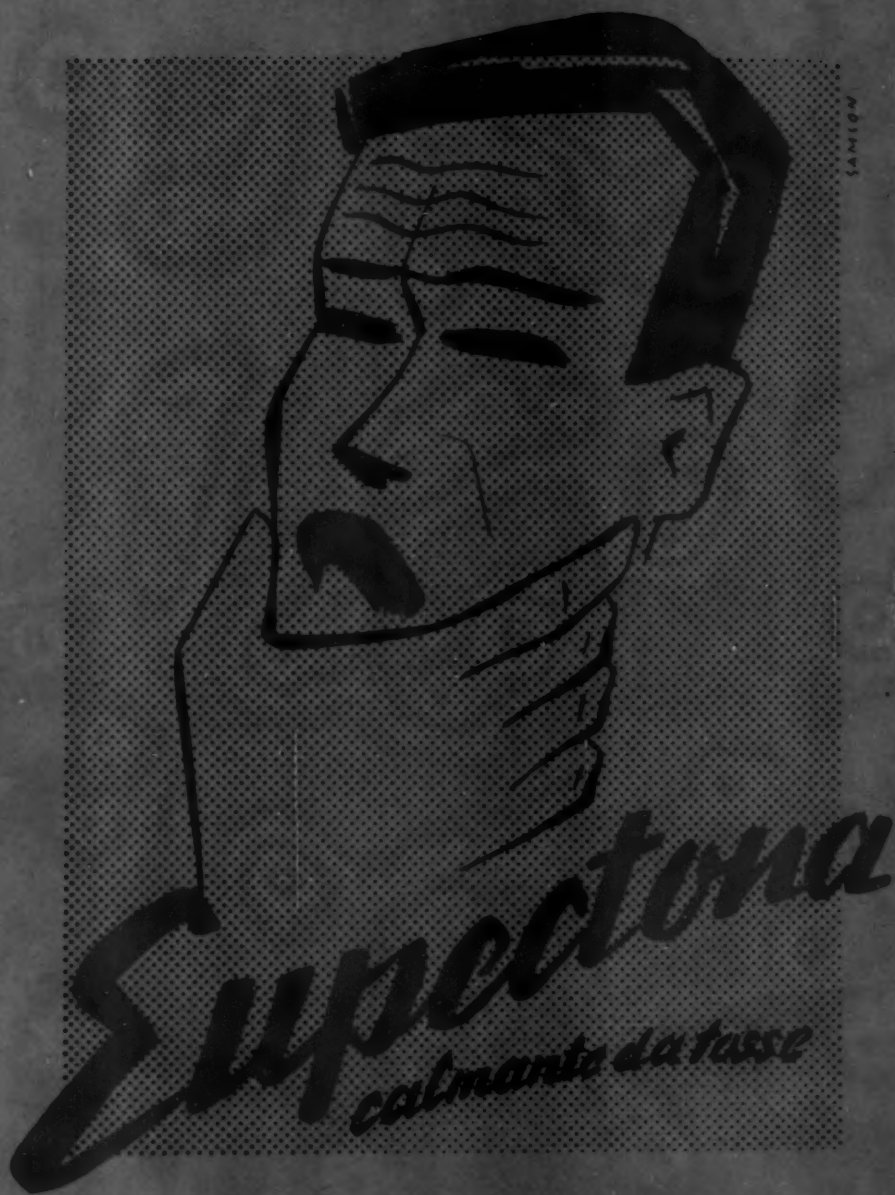
VOL. LXXI

São Paulo, Junho de 1956

N.º 6

Sumário:

	<i>Pág.</i>
Febre Amarela — Prof. SAMUEL B. PEREIRA	411
Esquistomose Mansônica — Prof. SAMUEL B. PEREIRA	419
Ancilostomose — Prof. SAMUEL B. PEREIRA	425
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Oftalmologia	433
Otorrinolaringologia	435
Pediatria	436
Proctologia	442
Radiologia e eletricidade Médica	444
Tisiologia e moléstias pulmonares	446
Urologia	448
Sociedade Médica São Lucas	450
Outras Sociedades	452
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	456
Vida Médica de São Paulo:	
Faculdade de Medicina de São Paulo	457
Sociedade Paulista de Leprologia	466
Congressos Médicos:	
II Jornada de Atualização Cirúrgica	466
III Congresso Latino-Americano de Angiologia	468
Literatura Médica:	
Separatas e folhetos recebidos	468
Índice Geral do Volume LXXI	469



LABORATÓRIO TORRES S. A.

VIKASALIL

B₁

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático – Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.
QUALQUER TIPO DE DOR.



Fórmula:

Salicilato de Sódio	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Vitamina B ₁	0,006
Bicarbonato de Sódio	0,03



LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 – Fone, 33-7579 – São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

CAPA:	Cr\$
2. ^a página da capa (12 × 19 cm.) por vez	1.800,00
3. ^a página da capa (12 × 19 cm.) por vez	1.500,00
4. ^a página da capa (12 × 19 cm.) por vez	2.500,00
TEXTO:	Cr\$
1 página (12 × 19 cm.) por vez	1.800,00
½ página (9 × 12 cm.) por vez	1.000,00
¼ página (9 × 5,5 cm.) por vez	600,00
Encarte por vez	1.800,00
Página fixa	20% de aumento.

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA

VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

No tratamento da

Coqueluche, tráqueo bronquite
e tosse em geral

Pantofedrina

Novo específico à base de fôlhas e cascas de

ERITHRINA CHRISTA-GALI

(COM GLUCOSE)

Pantofedrina

*no tratamento da coqueluche
preparado no*

LABORATÓRIO PHARMA

introdutor da

Erithrina Crista-Gali

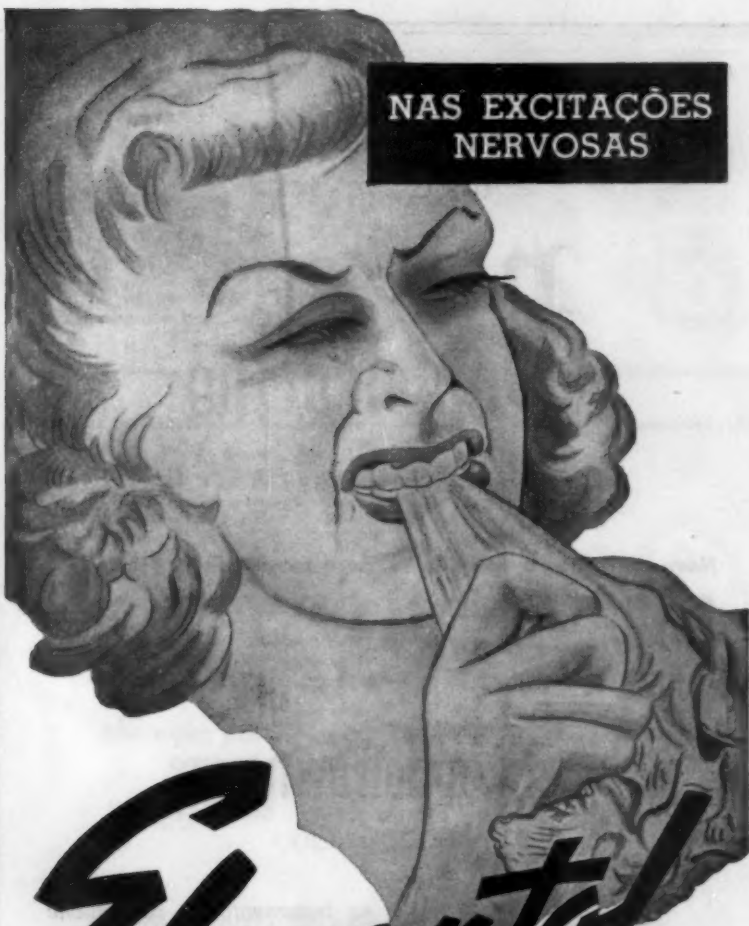


amostras e literatura

LABORATÓRIO PHARMA

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo, Brasil

NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



Elegantol



neuro-sedativo — anti-espasmódico — anti-convulsivante

Na hiper-excitabilidade reflexa — Córdio-Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Córdio-Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.).

A base do célebre

LEPTOLOBIUM ELEGANS

Crataegus Oxiacanta-Bromuretos de Amônios, Sódio, Potássio, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher, 15 cc. 3 vezes ao dia em água açucarada.
Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS NACIONAIS S/A.

PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Rui Barbosa, 377 — Telefone 33-3426 — São Paulo

PRONTOVERMIL

o melhor vermífugo contra
Ascaris e Oxyurus

No tratamento das verminoses causadas por
Ascaris lumbricoides, *Oxyurus vermicularis*
e outras espécies da família dos *oxiurideos*.

★

APRESENTAÇÃO :

Vidros com 60 cm³ para pacientes até 30 quilos.

Vidros com 150 cm³ para pacientes de peso
superior a 30 quilos.

★

As doses diárias do Prontovermil estão em relação ao peso corporal
conforme tabela mencionada na bula.

★

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A.

Rua São Luiz, 161 - São Paulo, Brasil



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:
metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente alivia nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.

Ampólas - de 1cm³, em-caixas com 5, 25 e 100
Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA



DOLCSONA

Vitaminas

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO
MELHOR ABSORÇÃO
PERFEITA ESTABILIDADE
SABOR DELICIOSO

Pellets

A-VI-PEL
D-VI-PEL
A-D-VI-PEL
POLI-VI-PEL
VITSALMIN

Emulsões

A-D-BOM
EMULVIT



Triunfando através dos tempos e de
geração em geração, como a linhagem
dos animais puro sangue,

*Codeína e
Cloridrato de
Etilmorfina*
lideram tradicionalmente
a terapêutica das
Tosses



Gotas

IBEL

fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina.....	0.003 g.
Codeína.....	0.004 g.
Tintura de Lobelia.....	0.1 g.
Tintura de Grindelia.....	0.1 g.
Tintura de Crataegus.....	0.1 g.
Água de Louro Cereja.....	0.2 g.

modo de usar:

ADULTOS: - 40 gotas em um cálice de
água açucarada, 4 a 5 ve-
zes ao dia, ou segundo cri-
tério médico.

CRIANÇAS: - 20 gotas, a critério médico.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A
PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 377 - Fone 33-3426 - São Paulo

A experiência desvendou a sinergia
funcional do grupo vitamínico β .
Reunir seus elementos racionalmente
é forjar arma segura contra os estados
carenciais deste complexo.





BETATOTAL

Labor

PARA ADMINISTRAÇÃO DE
VITAMINAS HIDROSSOLÚVEIS

Associação de Vitaminas do complexo B + Vita-
mina C quimicamente puras e rigorosamente
dosadas, de estabilidade garantida pela
marca *Labor*



LABORTERAPICA S.A.
SANTO AMARO (SÃO PAULO)

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Director: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano . . . Cr \$ 200,00 — Número avulso . . . Cr \$ 20,00

VOL. LXXI

JUNHO DE 1956

N.º 6

Febre amarela (*)

Prof. SAMUEL B. PESSÔA

(Ex-catedrático da Universidade de São Paulo)

A febre amarela é uma doença infectuosa aguda, de início brusco e curta duração, causada por um vírus específico, terminando pela morte ou pela cura espontânea, e neste caso com desenvolvimento de imunidade duradoura.

Epidemiologicamente a febre amarela ocorre de acôrdo com as duas formas seguintes:

1. A febre amarela urbana, com um ciclo simples de infecção, dependendo inteiramente do hospedeiro vertebrado, o homem, e do inseto vetor — o *Aedes (Stegomyia) aegypti*.
2. A febre amarela silvestre, envolvendo o homem e animais, ocorrendo na ausência do mosquito estegomia, e sob condições indicando que nem este mosquito nem o homem são elementos essenciais no ciclo infeccioso, — inseto vertebrado — que mantém o reservatório de vírus das florestas (Antunes, 1948).

1) Vetores e reservatórios. — A primeira forma, a febre amarela transmitida pelo *Aedes (Stegomyia) aegypti*, é doença essencialmente caseira, por isso que o respectivo transmissor se cria e passa toda a vida dentro ou nas proximidades imediatas das habitações humanas. A sua epidemiologia reveste o tipo clássico da febre amarela urbana, que se dissemina nas cidades, povoados ou vilas, onde exista o *Aedes (S.) aegypti*, e desaparece não só quando se reduz a incidência do vetor, mas ainda pela falta de novos casos humanos neces-

(*) Aula de um Curso sobre Ensaios de Geografia Médica do Estado de São Paulo — Ministrado na Universidade de Minas Gerais em fevereiro de 1956.

sários à infecção das seguintes gerações de mosquito, cuja vida é relativamente curta. Foi o sábio cubano Finlay, quem demonstrou ser esta forma de febre amarela transmitida pelo *Aedes (Stegomyia) aegypti*. Como se supôs ser a febre amarela exclusivamente humana e exclusivamente transmitida pelo *A. Stegomyia*, as campanhas organizadas (Ribas, Oswaldo Cruz) contra o mosquito vetor levaram à erradicação da doença, de tal modo que durante muito tempo pensou-se, ter-se banido de vez a infecção amarílica, do Novo Mundo.

Foi quando, em 1953, Soper e cols., confirmaram, as antigas observações de Lutz, que o homem pode contrair a febre amarela na ausência do *A. aegypti*, e que o vírus é encontrado em mosquitos silváticos. Posteriormente foi demonstrado que o vírus é transmitido, por esses mosquitos silváticos, pertencentes principalmente aos gêneros *Haemagogus* e *Aedes*, a macacos e sagüis do gênero *Calithrix*, *Alouatta* e *Cebus*. Outros hospedeiros vertebrados descritos, além dos macacos, são marsupiais dos gêneros *Marmosa* e *Metachirus*, porém seu papel parece não ter importância na epidemiologia da moléstia. Deve-se notar aqui que, uma grande variedade de animais, além dos marsupiais atrás assinalados podem ser infectados com o vírus da febre amarela; neles há possibilidade de circulação do vírus em pequena quantidade e desenvolvimento de anticorpos específicos, porém incapazes de infectar os mosquitos, além dos atrás mencionados, bem como carrapatos, são capazes de reter o vírus, durante períodos limitados de tempo, porém incapazes de transmiti-lo a animais susceptíveis. São eles denominados "falsos vetores", e provavelmente não gozam de nenhum papel na propagação ou na manutenção do vírus na natureza.

Se não levarmos em consideração estes "falsos vetores", então os únicos vetores provados do vírus são mosquitos dos gêneros *Aedes* e *Haemagogus*, e os únicos animais hospedeiros provados são os primatas (Taylor e Theiler (1948).

Segundo Taylor e Theiler (op. cit.), existe a possibilidade de que o vírus exista nas florestas de alguma forma mascarado, e que o ciclo macaco-mosquito, é unicamente uma manifestação periódica e secundária, originando-se de algum reservatório ainda desconhecido. Do contrário ficará difícil explicar a rapidez da extensão do vírus, em várias zonas da floresta úmida subtropical, no Brasil; tal fato não pode ser compreendido devido a uma migração de primatas e nem se poderá responsabilizar o homem por estas ondas epidêmicas florestais. Causey e Kumm (1949), mostraram que os mosquitos silvestres podem voar ou serem carregados pelos ventos, numa distância de muitos quilômetros, sobre os campos, sendo levados de uma região florestal para outra. Se tal fato pode explicar como se propagam tais epidemias, ainda permanece obscuro como o vírus sobrevive durante os meses frios, quando os mosquitos vetores virtualmente desaparecem.

A introdução do vírus silvático em um centro urbano, dará lugar a uma epidemia de febre amarela urbana desde que exista o

vetor urbano, isto é, o *Aedes (S.) aegypti*. O fato dominante que favorece a infecção do homem é o contato com as matas, o que explica as altas taxas de imunes entre os homens, nos grupos etários de 15 ou mais anos.

2) **Febre amarela em São Paulo.** — A febre amarela silvestre apresenta, como a forma clássica, a tendência a provocar epidemias por ondas, com caráter migratório. A primeira epidemia migratória observada foi a de Mato-Grosso em 1934, penetrando em dezembro de 1935 no Estado de S. Paulo, invadindo os municípios da Araraquarense, da Paulista, da Nordeste, e em seguida, em 1936 também invadia a Alta Sorocabana e o Sul do Estado. Assim em 1935 foram diagnosticados pelo Serviço de Viscerotomia 15 casos; em 1936, um total de 86, em 1937, 90 casos; em 1938, 9 casos. O Serviço Demográfico Sanitário registrou, porém os seguintes óbitos por febre amarela: em 1935 — 2; 1936 — 271; 1937 — 86 e em 1938 — 5 casos. De 1939 a 1950 não se registraram casos da doença em nosso Estado.

Em seguida, apesar do Serviço de Profilaxia por meio de vacinações intensivas houve o surto de 1951-1953, sendo o primeiro caso mortal registrado em Mirandópolis, em dezembro de 1951. No fim do mesmo mês registraram-se mais dois casos em Mirandópolis e 1 em Neves Paulistas. A seguir registrou-se um caso de Lavínia,

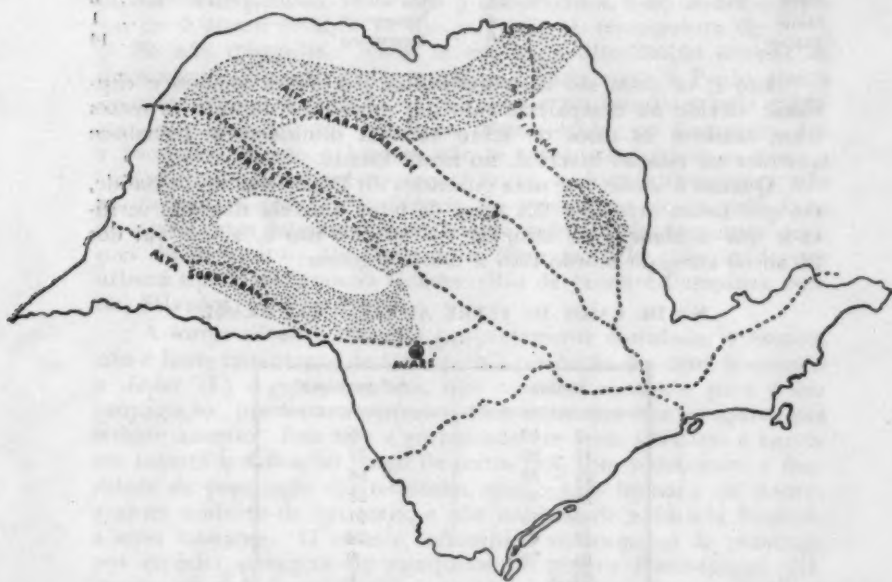


Fig. 16 — Epidemia de febre amarela silvestre no Estado de São Paulo (1933-1936)
(Segundo W. L. ROCHA — 1937).

em princípios de 1952, e em 4 de fevereiro deu-se o primeiro óbito de febre amarela, em Santa Cruz do Rio Pardo, onde apareceram mais 15 casos até maio do mesmo ano.

A doença tendo-se manifestado em outros municípios da Alta Sorocabana, terminou em julho de 1952. Em novembro, porém desse ano, descobriu-se um caso em Pirapozinho, que foi o início de um surto de menores proporções, que grassou até março de 1953.

O surto de 1951-1953, deu um total de 113 casos de febre amarela silvestre, confirmadas por viscerotomia. Não foram consignados nas estatísticas os casos de diagnóstico exclusivamente clínico, porque não oferecem interesse epidemiológico, visto que, para cada óbito confirmado, há pelo menos 100 casos que escapam ao controle, em sua grande maioria. Assim, provavelmente este último surto epidêmico de febre amarela atingiu para mais de 10.000 pessoas das citadas regiões.

A onda epidêmica paulista se inicia em geral em dezembro; o número de casos torna-se mais numeroso em março e abril, para desaparecer, praticamente nos meses de junho a novembro. Assim no surto epidêmico de 1951-1953, houve os seguintes casos por mês:

Janeiro	11	Julho	2
Fevereiro	12	Agosto	0
Março	42	Setembro	0
Abril	23	Outubro	0
Maio	4	Novembro	1
Junho	0	Dezembro	14

Isto é, os casos são mais numerosos nos meses quentes e chuvosos; devido ao desaparecimento dos mosquitos durante os meses frios, também os casos de febre amarela diminuem e tornam-se ausentes na estação hivernal, no nosso Estado.

Quanto à idade, por uma estatística do Departamento de Saúde, em que foram arrolados 221 casos de febre amarela silvestre, verifica-se que a idade mais atingida é a adulta, isto é, a que vai dos 21 ao 60 anos, de acordo com a tabela seguinte:

N.º DE CASOS DE FEBRE AMARELA NO BRASIL
(1952)

IDADES	N.º DE CASOS
0 - 10	5
11 - 20	25
21 - 30	56
31 - 40	53
41 - 50	31
51 - 60	24
61 - 70	9
71 +	0
Ignorada	9

Quanto ao sexo, os homens são mais atingidos do que a mulheres:

Homens	185 casos
Mulheres	36 "

Estes fatos se contrapõem nitidamente com o que se passa na febre amarela urbana, que ataca tôdas as idades e ambos os sexos, de preferência aos que permanecem mais tempo em casa, justamente as crianças e mulheres. No caso da febre amarela silvestre, são justamente os homens e indivíduos de mais de 15 anos os mais atacados, pois são estes que penetram e trabalham nas matas.

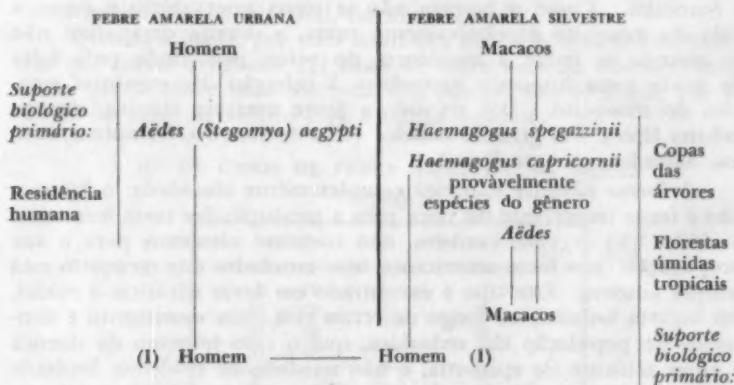
3) **Complexo amarelíco.** — No estudo do complexo da febre amarela temos a considerar as formas urbana e a silvestre, havendo, provavelmente, uma circulação do vírus, entre ambas as formas. O complexo urbano é bem conhecido, envolvendo um único vetor, doméstico, o *Aedes* (*S.*) *aegypti*, e o homem, num suporte biológico primário, também, bem conhecido, que é a residência humana. O vetor só se cria em águas domésticas: barros, potes, cacos de garrafa, latas, calhas, etc. No homem há uma circulação temporária do vírus no seu sangue periférico, e somente durante os primeiros 3 a 5 dias da moléstia, é capaz de infectar os mosquitos. Neste há uma multiplicação de vírus, durante um período de incubação extrínseca variável e transmissão por inoculação no momento da picada. Este período, varia com a temperatura, e no *Aedes aegypti* vai de 4 dias a 37°C, a 18 dias a 21°C. A temperatura de 20°C, já ele não transmite. Assim se explica a distribuição sazonal da doença veiculada pelo *Aedes*, e porque, lugares, como S. Paulo, apesar de apresentar o *Aedes* (*S.*) *aegypti*, não eram invadidos pela epidemia, que grassava, nos princípios destes século, em Campinas, Itú e Sorocaba. Como o homem não se torna reservatório e como a vida do mosquito é relativamente curta, a doença desaparece não só quando se reduz a incidência do vetor, mas ainda pela falta de novos casos humanos necessários à infecção das seguintes gerações do mosquito. Daí ter sido a febre amarela clássica, doença urbana típica, das grandes cidades (Rio de Janeiro, Campinas, Santos, Salvador, etc.) no Brasil.

A forma silvestre não está completamente elucidada; o homem não é fonte importante do vírus para a produção dos casos humanos; o *Aedes* (*S.*) *aegypti*, também, não constitui elemento para a sua propagação; nos focos americanos bem estudados este mosquito está sempre ausente. Este tipo é encontrado em áreas silváticas e rurais, em lugares isolados, ao longo de certos rios, com movimento e densidade de população tão reduzidos, que o caso humano da doença é antes acidente de epizootia, e não unidade de epidemia limitada a seres humanos. O vírus é transmitido ciclicamente de primatas, por espécies selvagens de mosquitos do gênero *Haemagogus* (*H. spegazzinii* e *H. capricornii*) e do gênero *Aedes* (*A. scapularis*, *A. leucocelaenus* e *A. fluviatilis*).

O suporte biológico primário é aqui a mata úmida tropical; buracos de árvores, troncos de bambús etc., são os focos das larvas das espécies de *Haemagogus*. Apesar de serem êles, primariamente habitantes das matas, podem avançar até 200 e 300 metros em áreas debastadas, ou em plantações de café, a cata de animais para sugar. Nas matas êstes mosquitos, são encontrados, em geral, entre as altas copas do arvoredo, alimentando-se preferencialmente às horas quentes do dia. O *Aedes leucocelaneus*, de extensão distribuição no Estado de S. Paulo, tem habitats semelhantes aos membros do gênero *Haemagogus*: cria-se em buracos de árvores, vive na floresta e tem hábito alimentar diurno. Ainda que possam ser capturados nas altas copas das árvores, grande número dêles pode, também, ser apanhado ao nível do chão. Quanto ao *A. scapularis* e *A. fluviatilis*, são espécies que se criam em coleções temporárias de águas de chuva bem como em pequenos riachos.

Quanto aos animais sensíveis, verifica-se a necessidade de que neles o vírus circule em quantidade suficiente para infectar a população de vetores. Assim as relações ecológicas entre o animal hospedeiro e o vetor são imprescindíveis na situação epidemiológica da febre amarela silvestre. Hospedeiro e vetor devem exibir habitats tão semelhantes de modo a permitir ao vetor adquirir o vírus. No caso dos *Haemagogus* que possuem predileção para viverem nos topos altos das árvores, onde também vivem os macacos, a transmissão se processará mais facilmente de mosquito para os primatas, do que para o homem, que trabalha ao nível do solo.

De acôrdo com o que acabamos de explanar poderíamos esquematizar o complexo patogênico da febre amarela, no esquema adiante representado.



Em (I) o homem são que penetra nas matas, adquire a febre amarela silvestre; em seguida, voltando à cidade infecta o *Stegomyia*, processando-se agora o ciclo urbanos (homem-mosquito-homem).

An abstract black and white graphic design. The background is dark with a grid of thin, light-colored lines. Scattered throughout are numerous triangles of varying sizes and shades of gray. A large, light-colored, three-pointed star-like shape is the central focus, with a dark, angular shape overlapping its right side. The overall composition is geometric and minimalist.

Sulfamicetina

le petit

SULFAMICETINA

LEPETIT

I-Cloroanfenicol sintético — Ftalilsulfatiazol — Sulfapirimidina

SULFAMICETINA LEPETIT é um produto de ação antibacteriana resultante da associação de:

Um antibiótico: A Sintomicetina — cloroanfenicol sintético produzido pelos LABORATÓRIOS LEPETIT, antibiótico de maior campo de ação até agora conhecido na terapêutica. De ação poderosa sobre os gram-negativos, maioria dos gram-positivos, vírus, rickettsias.

Um quimioterápico de ação local: o Ftalilsulfatiazol, sintetizado pelos LABORATÓRIOS LEPETIT, considerado entre os sulfamidicos o quimioterápico de eleição no tratamento das infecções por E. coli, A. aerogenes, B. disentericas. Devido a sua insolubilidade permanece por varias horas no trato intestinal exercendo desta forma uma forte ação esterilizante local, impedindo assim a disseminação microbiana.

Um quimioterápico de ação geral: a Sulfapirimidina, obtida por síntese nos LABORATÓRIOS LEPETIT é o quimioterápico de maior atividade terapeutica e menor toxidez, caracterizado por uma rapida absorção e difusão nos tecidos do organismo. Exerce sua ação sobre pneumo-meningo gono-stafiló-enterococos, bem como sobre alguns cepos de b. aerogenes (B. Novy).

SULFAMICETINA LEPETIT pelas propriedades dos seus componentes acima descritos, bloqueia a reprodução da maioria da flora patogênica entérica determinando uma completa esterilização do trato intestinal e dos germens circulantes no sangue.

SULFAMICETINA LEPETIT atua em todos os casos nos quais os medicamentos quimioterápicos ou antibioticos isolados não dão resultado.

Indicações:

Infecções do aparelho intestinal: gastroenterites, colites, enterites, enterocolites, colibacilloses, salmonelloses, formas disentericas, paradisentericas, etc.

Infecções do aparelho genito-urinário: cistites, cistopielites agudas e crônicas, uretrites, epidímites, anexites, pielonefrites calculosas e infecções etc.

Tratamento pre e post operatorios nas intervenções das vias urinárias e do intestino.

Composição:

Cada comprimido contém:	I-cloroanfenicol sintético	0,10 g
	ftalilsulfatiazol ,	0,30 g
	sulfapirimidina	0,10 g
	excipiente q. s. p.	0,60 g

Doses:

Adultos: 6-8 comprimidos por dia, conforme prescrição médica.

Crianças: até 6 anos, 2-3 comprimidos por dia, acima desta idade, de 4 a 6 comprimidos por dia.

LABORATÓRIOS



LEPETIT S. A.

RUA AFONSO CELSO, 1015 — TELS.: 70-1197 - 70-1198 - 70-1199 — SÃO PAULO — BRASIL

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, Waldemar — 1948 — *Field Control in Yellow Fever*. — 4th Inter. Congress. Trop. Med. & Malaria — 1948 I — pg. 498-505.
- CAUSEY, O. R. e KUMM, H. W. — 1949 — *Dispersion of forest mosquitoes in Brazil*. — "Am. J. Trop. Med.", 28 (3): 469-480.
- ROCHA, W. L. — *O Serviço Especial de Defesa contra a Febre Amarela*. — "Arq. Hig. e Saúde Púb. S. Paulo", 2 (3): 10-15.
- STRODE, G. K. — (Editor) — 1951 — *Yellow Fever*. — 1 vol., 710 pgs. — McGraw-Hill Co. — New York.
- TAYLOR, R. M. e THEILER, M. — 1948 — *The epidemiology of Yellow Fever*. — 4th. Inter. Congress. of. Trop. Med. & Malaria — I 506-515.

PHILERGON - Fortifica de fato

Uma colherada às refeições

CLORETO DE AMÔNIO TERÁPICA

APRESENTAÇÃO E FÓRMULA: drágeas entéricas rigorosamente dosadas a 0,50 por drágea.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- a) nas afecções cárdio-musculares: pela ação diurética reforça a ação dos sais mercuriais e contribue para a diminuição de edemas e derrames.
- b) nas afecções renais e urinárias: sendo acidificante da urina é poderoso auxiliar no tratamento das pielites e na dissolução de cálculos urinários constituídos de sais alcalinos.
- c) nas afecções brônquicas: como expectorante de ação enérgica.
- d) nas afecções do sistema nervoso: como adjuvante no tratamento pelos anticonvulsivantes e no síndrome de Meniere.

DOSAGEM: 6 a 12 drágeas por dia.

★

LABORATÓRIO

TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 — São Paulo, Brasil

CONSTELAÇÃO B BAPTISTA

Quando não estão presentes, em quantidades ótimas, todos os componentes do Complexo B, é impossível assegurar a nutrição normal, mormente para os organismos que reclamam em suas dietas o equilíbrio dos fatores vitamínicos B.

Nesse ponto é que intervém a terapêutica, aumentando a taxa dos fatores carenciais do Complexo B e promovendo o seu reequilíbrio.

CONSTELAÇÃO BAPTISTA

preenche esses requisitos, subministrando em doses apropriadas o Complexo B natural, enriquecido com vitaminas sintéticas desse mesmo Complexo, além de extrato de fígado e sais minerais.

FÓRMULA	DRÁGEA	LÍQUIDO	INJETÁVEL
Complexo B Total Nat.....	100mg	2cm ³	× - ×
Vitamina B 1 (Tiamina).....	4mg	4mg	5mg
Vitamina B 2 (Riboflavina)....	1mg	1mg	1mg
Vitamina B 6 (Piridoxina)....	1,5mcg	1,5mcg	5mcg
Vitamina PP (Nicotinamida)...	10mg	10mg	50mg
Vitamina H (Biotina).....	0,1mcg	0,1mcg	0,1mcg
Extrato de Fígado.....	150mg	(1:10) 7cm ³	(1:10) 1cm ³
Cloreto de Cobalto.....	10mg	10mg	10mg
Sulfato de Manganês.....	10mg	10mg	10mg
Veículo q. s. p.....	1 drágea	1c. sobremesa	2cm ³

INDICAÇÕES

No tratamento dos estados carenciais, *beribéri*, pelagra, arriboflavinose, perturbação da função gastrointestinal, como anorexia e prisão de ventre. Profilaxia dos distúrbios nutritivos dos períodos de prenhez e lactação. Distúrbios da menstruação, alergias, sensibilidade às infecções e intoxicações. Estimulante do crescimento das crianças.

POSOLOGIA E APRESENTAÇÃO

Líquido - Vidro com 150 cm³

Crianças: 2 a 4 colheres das de chá ao dia.

Adultos: 2 a 4 colheres das de sobremesa ao dia.

DRÁGEAS - Vidro com 30 drágeas

Crianças: 2 a 4 drágeas ao dia.

Adultos: 4 a 6 drágeas ao dia.

INJETÁVEL - Caixa com 6 ampôlas de 2 cm³.

Crianças: 1 ampôla em dias alternados.

Adultos: 1 ampôla diária.

★

LABORATÓRIOS BALDASSARRI S/A.

R. Maria Paula, 136 - Tels. 32-1294 e 33-4263 - Cx. Postal, 847 - S. Paulo

Esquistossomose mansônica(*)

Prof. SAMUEL B. PESSÔA

(Ex-catedrático da Universidade de São Paulo)

A esquistossomose mansônica ou esquistossomose intestinal é uma doença crônica e endêmica, causada por um verme trematódeo, o *Schistosoma mansoni*. O parasita adulto vive nas veias retais e mesentéricas, e pela passagem dos ovos com espinho lateral através das veias e mucosas do intestino há o desenvolvimento de sintomas disenteriformes; a invasão do fígado pelo verme adulto ou por seus ovos, determina freqüentemente uma peculiar cirrose desse órgão e esplenomegalia, podendo surgir muitas vezes a ascite. Os ovos expulsos nas fezes, ao contato com a água pura, com luz e temperatura apropriada, vizinha de 30°C, deixam sair o embrião, denominado *miracídio*, que nada em busca do seu hospedeiro intermediário — moluscos pulmonados da família *Planorbidae*, sendo, no Brasil, a principal espécie o *Australorbis glabratus*. Os miracídios se desenvolvem no molusco dando primeiras larvas, denominadas *esporocistos*, as quais, decorrido um mês, aproximadamente, produzem milhares de larvas infestantes — as *cercárias*, que saem diariamente dos caramujos, durante longos espaços de tempo, vivendo na água, com organismos livres, durante cerca de 3 dias. As cercárias medem cerca de meio milímetro de comprimento, possuem a cauda bifurcada e estiletes perfuradores na sua extremidade cefálica, por meio dos quais penetram através da pele do homem, na ocasião de banhos e trabalhos na água. Uma vez penetradas, vão ter ao sistema porta intra-hepático, migram para as vênulas mesentéricas onde se tornam adultas, se acasalam e as fêmeas começam a postura.

1) A esquistossomose no Estado de São Paulo. — O Estado de S. Paulo não constitui foco importante de esquistossomose intestinal, que grassa, como se sabe, principalmente na região úmida dos Estados do Nordeste e Leste brasileiro. O primeiro foco da doença no Estado, foi descrito em 1923 por Arantes, no bairro do Jabaquara em Santos; os planorbídeos infestados foram encontrados em

(*) Aula de um Curso sobre Ensaios de Geografia Médica do Estado de São Paulo — Ministrado na Universidade de Minas Gerais em fevereiro de 1956.



Fig. 17 — Esquistosomose mansônica em S. Paulo. Município com Esquistosomose mansônica:

— Endêmica

— — Casos esporádicos.

uma lagoa, onde hoje, depois de aterrada, ergue-se a nova "Santa Casa de Misericórdia". A partir desta data foram sendo publicados novos focos, todos na faixa litorânea: em Saboó (Santos) por Leão de Moura em 1945, e por P. Antunes em 1948, o de Nova Cintra; em 1950, os de Macuco, Ponta da Praia, S. Vicente e em 1951 o de Cubatão e Marapé; em 1953 o de Ana Dias, descrito por A. R. Nogueira. No planalto Ferreira e Meira (1952) assinalaram a existência de doentes em Ourinhos, Palmital e Ipaussú, sendo que Rey (1953) demonstrou a existência de caramujos infestados na primeira daquela localidade.

Vemos pois que são poucas as localidades e poucos os casos de esquistossomose assinalados no Estado: todos os infestados do litoral pouco ultrapassam o milheiro, sendo que na zona da Sorocabana, foram assinalados unicamente cinco casos.

2) **Focos litorâneos.** — São os mais importantes e se situam na zona conhecida como baixada Santista, que vai dos contrafortes da Serra do Mar, às praias de Santos, Guarujá, S. Vicente e de Norte a Sul, dos contrafortes ainda da Serra do Mar (junto ao canal de Bertioga) se perde ao longo da Praia Grande, cruzando o Rio Itanhaem (Antunes, 1953).

P. Antunes estudando a citada região mostrou que ela se mostra muito favorável para formação de focos do planorbídeo: devido a topografia, as águas das chuvas, acumulam-se nas baixadas, sendo a drenagem feita por canais. O clima é quente e úmido, sendo as precipitações muito elevadas devido a proximidades do paredão formado pela Serra do Mar. O desenvolvimento de Santos, bem como os trabalhos do porto, a construção da usina de Cubatão, refinaria de petróleo, etc., atraíram milhares de operários de todo país, mormente nordestinos, grande número dos quais portadores da esquistossomose. Instalou-se esta população em milhares de "chalets" de madeira, desprovidos de sanitários ou com os mesmos abrindo para valas a céu aberto. Parte da população se distribuía em pequenas chácaras, onde cultivavam verduras e hortaliças; assim a cultura do agrião, feitas em valas, onde cresce na água, em mistura com os moluscos e fezes humanas. Todo estes fatores propiciaram a formação de focos mais ou menos isolados, citados anteriormente. A formação do foco de Cubatão, localizado em plena baixada, se originou pela introdução de grande número de nordestinos, com índice elevado de positividade para a esquistossomose, empregados na construção da estrada de rodagem, usina hidro-elétrica e na refinaria de petróleo. Segundo P. Antunes (loc. cit.) "Em tôdas as valas encontramos enormes coleções de moluscos do gênero *Australorbis*. As condições de habitações — "chalets" de madeira, sem privadas ou sem fossas — são semelhantes às de Santos. No que respeita às condições de contaminação, além daquelas comuns à baixada, isto é, crianças brincando nas valas, há a exposição do trabalhador (das construções e bananeais)".

3. **Focos do planalto.** — Os demais focos descritos na zona da Sorocabana (Ourinhos, Palmital e Ipaussú) estão ligados à migração de nordestinos e mineiros doentes, para os trabalhos agrícolas. A presença de caramujos susceptíveis ao helminto e a falta de tratamento das matérias fecais humanas, determinaram o aparecimento de focos autóctones naquelas localidades, o que mostra as possibilidades expansionistas da verminose. Aqui, não está a endemia ligada ao trabalho da terra, como acontece no nordeste, onde decorre da formação dos grandes canaviais e é favorecida pela irrigação artificial por meio de vazão lenta, o que oferece ótimo habitat ao caramujo, hospedeiro intermediário. A parasitose de introdução recente em alguns pontos do Estado de São Paulo é uma consequência quase exclusiva dos métodos de vida primitivos e anti-higiênicos. A falta de privadas traz como consequência a poluição das águas e infestação dos moluscos. A falta de água nas residências, acarreta o uso de águas contaminadas em serventias domésticas, para lavagem de roupas, banhos e mesmo sua ingestão. A profilaxia neste caso será mais simples do que quando a endemia é uma consequência do regime do trabalho nos campos, como se dá nas regiões canavieiras do Nordeste brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, P. A. — *Esquistossomose em São Paulo. Estudo epidemiológico da esquistossomose na baixada de Santos.* — "Anais X Congr. Bras. Hig.", pg. 393.
- ARANTES, A. — 1923 — *Sobre dois casos de schistosomose autóctone em Santos.* — "An. Paul. Med. Cir.", 14 (9): 95-96.
- ARANTES, A. — *Onze casos autóctones de schistosomose em Santos.* — "Bol. Soc. Med. e Cir. S. Paulo", 7 (3): 64-65.
- FERREIRA, J. M. e MEIRA, J. A. — 1952 — *Três casos de esquistossomose mansônica procedentes do Interior do Estado de São Paulo (Ourinhos, Palmital e Ipaçu). Foco autóctone na cidade de Ourinhos.* — "Rev. Paul. Med.", 41 (1): 15-18.
- MOURA, S. Leão de — 1950 — *Algumas considerações sobre o foco de esquistossomose mansoni em Santos, Estado de São Paulo.* — VIII Congr. Bras. Higiene — Recife.
- MOURA, S. Leão de — 1945 — *Schistosomose mansoni autóctone em Santos.* — "Rev. Inst. Ad. Lutz S. Paulo", 5 (2): 279-311.
- REY, L. — 1952 — *Primeiro encontro de planorbídeos naturalmente infestados por furcocercárias de "Schistosoma mansoni" no planalto paulista (Ourinhos).* — "Rev. Clin. de S. Paulo", 28 (5-6): 57-64.

Imponha sua autoridade a seu filho com bons exemplos e maneiras, convencendo-o de que deve obedecer e não o dominando pelo terror. — SNES.

CLORETO de AMÔNIO ENILA

drágeas 0,50 g

DIURÉTICO

POTENCIALIZA A AÇÃO DOS DIURÉTICOS MERCURIAIS.

ACIDIFICANTE

TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL

CLORETO de POTÁSSIO ENILA

drágeas 0,50 g

DEFICIÊNCIA EM POTÁSSIO:

NO PÓS-OPERATÓRIO

NO TRATAMENTO PELO ACTH E CORTISONA



LABORATÓRIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

VITAMINA B₁₂ EM SOLUÇÃO AQUOSA

Rubrocitol Gotas

Atraso do crescimento.

Insuficiência ponderal e estatural.

Prematuridade.


Debilidade orgânica.

Anorexia. Emagrecimento.

Astenia física e psíquica.

Desnutrição da velhice.

Fenômenos anafiláticos.

 Frasco com 10 cm³ contendo

5 mg de Vitamina B₁₂, acompanhado
de conta-gotas.

Cada gota contém 25 microgramas
de Vitamina B₁₂.

LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.
RIO DE JANEIRO



RUR G P-1

São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

Ancilostomose (*)

Prof. SAMUEL B. PESSÔA

(Ex-catedrático da Universidade de São Paulo)

Esta doença é determinada pela presença, no duodeno do homem, de duas espécies de vermes: o *Ancylostoma duodenale* e o *Necator americanus*. O primeiro apresenta dentes quitinosos na sua cavidade oral, o segundo é deles desprovido. Primitivamente estaria a infestação sempre ligada à hábitos alimentares; a penetração das larvas por via transcutânea é adaptação parasitária tardia. Assim, as espécies que possuem dentes quitinosos na sua cápsula bucal, isto é, vizinhas do *Ancylostoma duodenale* (*A. canium*, *A. brasiliensi*, *A. ceylanicum*, etc.), são encontrados em animais carnívoros. De outro lado, as espécies desprovidas de dentes na cápsula bucal, e por conseguinte, semelhantes ao *Necator americanus*, parasitam, geralmente, animais herbívoros. O homem onívoro é atualmente por ambas as espécies. Ora, o ancilóstomo predomina como forma pura no Egito, na Itália; enquanto que o necator é encontrado no Sul da África, Sul dos Estados Unidos, Brasil, etc. Daí Darling tirar uma conclusão muito curiosa: segundo êle, duas raças de antropóides se desenvolveram em zonas geográficas muito distantes, de modo que cada uma se infestou com um forma diferente destes Ancilostomídeos. As que se desenvolveram na região Heloártica — raças *Mongólicas* e *Caucásicas* albergam o ancilóstomo (antropóides provavelmente de hábitos carnívoros); enquanto que as raças *Etiópicas-Orientais*, isto é negróides, albergam o necator (antropóides provavelmente de hábitos herbívoros).

O necator apesar de ter sido denominado “americano” é essencialmente, sem dúvida alguma, de origem africana. Os nossos aborígenes, a particularmente os do Suleste da América do Sul, apresentavam infestação original de ancilóstomos. O necator trazido pelos africanos adaptou-se melhor às nossas condições de temperatura (30 a 35°C), enquanto que o ancilóstimo prefere temperaturas mais baixas (25 a 30°C). Daí vemos o fato curioso de perderem, os colonos

(*) Aula de um Curso sobre Ensaios de Geografia Médica do Estado de São Paulo — Ministrado na Universidade de Minas Gerais em fevereiro de 1956.

europeus em S. Paulo, os seus ancilóstomos que trazem da Europa (espanhóis, italianos, etc.), e adquirirem os necátoreis.

As fêmeas do necátor são máquinas altamente especializadas na produção de ovos; cada fêmea põe cerca de 5.000 ovos por dia, de modo que em lugares como no nosso Estado, onde a média de vermes albergados pelos nossos lavradores é aproximadamente de 200, e por conseguinte de 100 vermes fêmeas, cada indivíduo parasitado expulsa em suas fezes para mais de meio milhão de ovos por dia. Os ovos no meio externo, em condições favoráveis de ar, umidade e temperatura produzem em 24 horas as primeiras larvas, que ainda não são capazes de infestar o homem. É necessário que elas cresçam e se alimentem no solo durante alguns dias. Somente no 5.º ao 8.º dia após terem saído do ovo é que elas se transformam em larvas infestantes, capazes de penetrarem pela boca ou através da pele, no organismo humano. Devido a este contato obrigatório do parasita com o solo, no estágio larvário, a disseminação e a intensidade dessa verminose estão sujeitas às mais variadas condições ambientais: de clima, vegetação, natureza física e química do solo, etc.

1) **Solo e ancilostomose.** — Em primeiro lugar verifica-se que a transmissão da ancilostomose está na dependência direta da umidade do solo, que, por sua vez, é função da queda pluviométrica (Galvão, 1953).

Assim Pellon e Teixeira (1951), em estudo sobre a distribuição da esquistossomose mansônica no Brasil, dão dados também sobre a prevalência da ancilostomose. É de ver-se o contraste das cifras, nos Estados nordestinos, da proporção de parasitados na zona litorânea, de precipitações abundantes, e na região seca do Sertão. Este levantamento foi calculado em amostras somente de escolares. No Ceará na zona do Litoral, a percentagem de infestados orça por 50,1%, ao passo que no Sertão Centro-Norte ela desce a 25,5%, e no sertão Sudoeste a 21,6%. Isto num total de 23.773 crianças examinadas. No Paraíba, a disparidade de resultados é mais frizante, pois na zona do Litoral e da Mata, dos 7.573 escolares submetidos a exame, 45,7% eliminavam ovos de ancilostomídeos, ao passo que nas zonas do Baixo, Médio e Alto Sertão, as percentagens reduzem-se a 6,4, 5,7 e 9,8.

Como escreveu com muita razão Ayroza Galvão (loc. cit.): "Estes fatos nos evidenciam mais uma vez, como são de pouco valor os resultados aplicados a vastas regiões, e como não há significação em publicações que, no seu título, querem generalizar conclusões baseadas em levantamentos pouco numerosos para um Estado inteiro; ou como faziam ainda certos autores, publicando de suas investigações sob a rubrica de "verminoses no Brasil ou coisa semelhante".

No Estado de São Paulo, a discrepância entre a proporção de ancilostomóticos nas diversas zonas do Estado, se multiplicam. As precipitações juntam-se a influência da constituição física ou química do solo. Assim Lutz desde 1888 já estudava o assunto, mos-

trando as condições de terreno mais propícias para o desenvolvimento das larvas do necator, isto é, aquelas que permitem acumulação de matérias fecais contendo ovos. Assim escreveu este sábio parasitologista brasileiro: "Para isso é preciso um terreno úmido, plano ou deprimido. Pequenas irregularidades do chão e pouca permeabilidade à água são elementos favoráveis; uma posição declive, uma superfície chã e uma permeabilidade considerável do terreno para a água são elementos desfavoráveis pela dissecação que deles resulta. As primeiras condições serão encontradas onde, à falta de latrinas, os excrementos são depositados em grande porção perto das habitações e o terreno muito pisado por homens e animais, e onde, por falta de drenagem, a água da chuva fica parada. Estas condições pouco higiênicas são muito comuns em certas terras e entre outras, no interior do Brasil, tanto nos pequenos sítios, como nas grandes fazendas, mas principalmente nas chamadas colônias, onde homens e criação de toda a espécie vivem aglomerados em pequeno espaço".

Ora, como Lutz, estudou a epidemiologia da ancilostomose principalmente no Estado de São Paulo, percebe-se claramente que o autor citado, descrevia de fato as condições que se encontram em geral, nas zonas rurais de São Paulo.

A natureza física do solo parece gozar de ação notável sobre o desenvolvimento das larvas dos ancilostomídeos. Entre nós Hydrick (1918), da Fundação Rockefeller, foi um dos primeiros a tentar correlatar a prevalência da endemia com a natureza do terreno. Estudando a percentagem de indivíduos infestados em uma dezena de vilas e povoações de S. Paulo, chegou à conclusão de que "o caráter do solo está em relação direta com a percentagem ou grau de infestação. Quanto menos arenoso e absorvente é o solo, menor é a percentagem da população infestada". Assim, regiões de terra rôxa e solo arenoso apresentavam percentagem de parasitados mais alta — 60 a 80%; as do solo argiloso percentagem mais baixa — 40 a 60%; as formadas por argila vermelha compacta são as menos infestadas.

2) **Clima e ancilostomose.** — O clima de S. Paulo, no que toca às condições de temperatura, umidade atmosférica e chuvas, tornam todo território do Estado favorável ao desenvolvimento do verme. As condições são, entretanto mais favoráveis no litoral, pois alia, ao solo arenoso o clima tropical iso-úmido. São, talvez, mais desfavoráveis na parte Noroeste do Estado, onde a temperatura elevada se alia menor umidade, devendo ser intensa a evaporação. Também quando a umidade é pequena, o sol tropical eleva muito a temperatura do solo. Assim, por exemplo, no Nordeste brasileiro, as temperaturas do solo são desfavoráveis ao desenvolvimento larvário do verme, pois chegam a alcançar, segundo C. Pereira (1933) até 60°C "antes da qual grande número de helmintos na fase preparatória já sucumbia, a à qual, mesmo os mais resistentes morrem,

principalmente se levarmos em consideração o número provável de horas diárias durante as quais o solo atinge temperaturas tão altas e a repetição diária do fenômeno por espaço de tempo geralmente longo".

O clima superúmido, porém, pode apresentar condições desfavoráveis, pois sendo a precipitação muito maior do que a evaporação, as águas atravessam o solo de cima para baixo, levando e arrastando para o lençol freático, para os cursos d'água e, finalmente para os mares, tudo o que pode ser solubilizado. O solo apresenta-se muito ácido. Ora, a influência desfavorável da acidez sobre o desenvolvimento das larvas dos ancilostomídeos, foi demonstrada por Stoll (1923). De outro lado, nos solos mais áridos, as precipitações sendo menores do que a evaporação, as águas atravessam-nos debaixo para cima, isto é, do lençol freático para a superfície, trazendo para o solo sais diversos que o alcalinizam (Setzer, 1945). A falta d'água, todavia, elemento primordial para o desenvolvimento das larvas, limita, até certo ponto, as condições favoráveis do solo.

3) **Ancilostomose no litoral.** — Os mais altos índices de infestação do homem em São Paulo, provêm do litoral em que as condições ambientes para a vida larvária são as mais favoráveis: solo arenoso, chuvas distribuídas com alto grau de umidade e altas temperaturas médias.

Damos adiante um quadro (Quadro I) em que se pode ver a distribuição das chuvas, em alguns pontos do litoral paulista (segundo Setzer).

A essas condições gerais, juntam-se outras que influem na poluição do solo, como falta de instalações sanitárias, população, em geral, aglomerada em sítios ou vilas. Como o uso de calçados é pouco generalizado, o contato diuturno da pele com o solo infestado favorece o parasitismo. Assim em 1923 em Ubatuba, S. Pessoa em 35 indivíduos lá tratados encontrou a média de 713 ancilostomídeos por pessoa; em Ilhabela 358 e em Caraguatatuba 461. Posteriormente (1936), S. Doria encontrou em São Sebastião e Ilhabela mais de 98% de parasitados expelindo em média mais de 6.000 ovos por grama de fezes; ora como 30 ovos corresponde a uma fêmea, a média de vermes albergados pela população foi semelhante a encontrada por Pessoa, isto é, cerca de 400 a 450 vermes por indivíduo parasitado. O litoral do Estado, pode pois ser catalogado de região de alta endemicidade.

4) **Ancilostomose no planalto.** — No planalto, a distribuição das chuvas não é regular, havendo a estação de grandes precipitações, que vai de Outubro até Março, e o tempo seco, de inverno, que compreende o restante do ano, isto é, de Abril a Setembro. No inverno, a temperatura é relativamente alta durante o dia e, pela noite abaixa, podendo mesmo cair geadas durante algumas noites. O solo fica completamente seco e as condições de sobrevida das larvas dos ancilostomídeos tornam-se muito precárias.

QUADRO I
Chuvas em algumas cidades do litoral

	M Ê S	UBATUBA*	SÃO VICENTE**	CARAGUATATUBA**
		Chuvas em mm		
Meses chuvosos	Setembro.....	164	193	154
	Outubro.....	191	129	193
	Novembro.....	235	190	225
	Dezembro.....	250	196	250
	Janeiro.....	289	292	215
	Fevereiro.....	264	353	279
	Março.....	279	303	229
	Abril.....	215	244	227
	Maio.....	138	117	72
Meses secos	Junho.....	94	115	100
	Julho.....	78	95	137
	Agosto.....	88	91	64

(*) Média de 47 anos.

(**) Média de 6 anos.

QUADRO II
Chuvas em algumas cidades do planalto
(Segundo SETZER)

	M Ê S	RIBEIRÃO PRETO*	MATÃO**	PIRASSU- NUNGA***	CAFELÂN- DIA****	CACONDE****
		Chuvas em mm				
Meses chuvosos	Outubro.....	115	98	88	94	136
	Novembro.....	160	147	135	175	198
	Dezembro.....	229	198	171	222	248
	Janeiro.....	273	230	188	212	288
	Fevereiro.....	188	187	146	188	208
	Março.....	170	154	123	151	162
Meses secos	Abril.....	87	71	50	78	53
	Maio.....	39	33	36	50	47
	Junho.....	40	47	21	27	16
	Julho.....	20	25	14	15	7
	Agosto.....	26	29	28	7	14
	Setembro.....	68	54	49	52	56

(*) Média de 40 anos

(**) Média de 27 anos

(***) Média de 23 anos

(****) Média de 7 anos

Vemos no Quadro II a marcha das chuvas no planalto, de algumas cidades paulistas.

Galvão e Freire (1952) fizeram a interessante observação, que no fim do período da seca, quando as médias de precipitação começam a subir, caem os percentuais de portadores de ancilostomídeos, para começarem a subir dois meses depois das chuvas máximas. Em outras palavras, como os portadores não adquirem vermes durante o tempo seco e como a vida do verme não é longa, bastam cerca de 6 a 7 meses de seca, sem aquisição de novos helmintos, para que haja forte redução da carga do parasita e negatificação dos exames de fezes.

Chandler (1926, 1929) mostrou, baseado em grande número de dados que, a ausência de reinfestações, mesmo durante períodos muito curtos, determina redução rápida da carga de vermes de um grupo populacional, devido à expulsão dos helmintos.

Na ancilostomose, temos pois, uma contínua aquisição e perda de parasitas. Em lugares em que a aquisição é maior do que a perda, há aumento contínuo do número de vermes, somente limitada pela imunidade adquirida ou pela morte do paciente; em outros, quando, por várias circunstâncias, como longa estação seca (exemplo zona semi-árida do Nordeste brasileiro) ou pelo frio (países do Sul da Europa), a expulsão sobrepujando a aquisição, o número de vermes nunca se torna muito elevado. Com a imunidade é em parte função da alimentação, verifica-se ainda que, em zonas de carência alimentar, ela é menos conspícua, facilitando assim o aumento do número de nematóides albergados pelo paciente. No planalto, as duas condições acima relatadas, tendem até certo ponto a limitar a contínua aquisição dos parasitas em relação ao litoral: estação seca mais prolongada e melhor alimentação do que na zona litorânea.

Assim, em grupos de adultos trabalhadores agrícolas, no Norte do Estado, abrigava 223 ancilostomídeos; vários grupos de 30 trabalhadores na parte ocidental, tinham médias de 176, 282, 212 e 254 vermes (Smillie, 1922). As médias de helmintos por caso encontrados por S. Pessoa (1941) foram as seguintes, para grupos de 30 lavradores agrícolas adultos: Linha Paulista: 170, 127, 145 e 203; Linha Noroeste: 217; Bragantina: 230, 180 e 106; Mogiana: 135, 182, 147 e 154; Araraquarense: 298 e 245.

Também a percentagem de positivos na zona rural é menor do que no litoral, variando de 87,8% em Ribeirão Preto; 78,6% em Sertãozinho; 67,5% em Araraquara etc. A verminose é sempre menos incidente na zona urbana, cerca de 3 vezes menos, segundo verificações de Ayroza Galvão.

E' claro que em localidade e colônias em que se generaliza o uso de privadas a infestação cai muito; assim em duas colônias da mesma fazenda em Ribeirão Preto, uma com fossas e outra sem fossas sanitárias, o número de ovos por grama caiu de 5.271, para

1.942 (isto é, houve a redução de cerca de 1/3 do parasitismo) entre os moradores adultos de 15 a 20 anos.

Verifica-se, pelos dados anteriormente analisados que praticamente em todo planalto paulista, a ancilostomose alcança grau médio de intensidade.

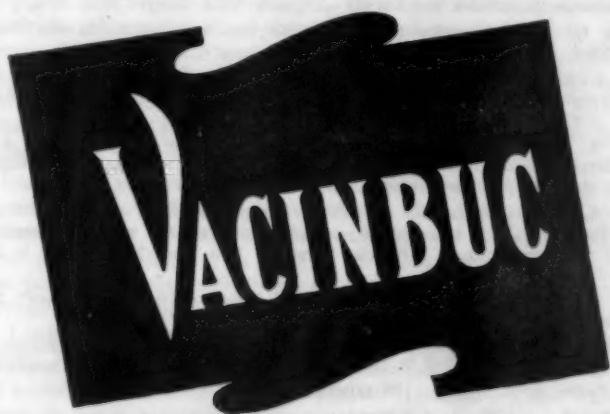
Assim, pois, em relação à intensidade da ancilostomose, o Estado pode ser dividido em duas zonas: a do planalto, em que os trabalhadores agrícolas apresentam infestação de 100 a 300 helmintos — grau médio de endemicidade — e a do litoral em que ela alcança alta endemicidade — infestação média dos trabalhadores agrícolas de 350 a 700 helmintos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CHANDLER, A. C. — 1926 — *The rate of loss of hookworm in the absence of reinfections.* — "Ind. Jour. Med. Res." 13: 625-634.
- CHANDLER, A. C. — 1929 — *The rate of loss and acquisition of hookworms.* — "Jour. Amer. Med. Ass.", 92: 1337-1341.
- CHANDLER, A. C. — 1929 — *Hookworm Disease.* — 1 vol., 494 pgs. — The MacMillan Co. — New York.
- GALVÃO, A. L. AYROZA — 1953 — *Estudos epidemiológicos sobre enteroparasitoses em Araraquara.* — Tese de S. Paulo, 1 vol., 411 pgs.
- PELLON, A. B. e TEIXEIRA, I. — 1950 — *Distribuição geográfica da esquistossomose mansônica no Brasil.* — "Anais VIII Congr. Bras. Hig.", 14 (5-6): 40-49.
- PEREIRA, C. — *Observações sobre as condições helmintológicas do Nordeste.* — "Bol. Biológico", 1 (N.S.): 33-54.
- PESSÔA, S. B. — 1923 — *Pesquisas sobre a ancilostomose. Sobre alguns pontos da epidemiologia da ancilostomose em S. Paulo.* — "An. Paul. Med. Cirurg.", 14 (5-6): 40-49.
- PESSÔA, S. B. — 1941 — *Ensaio sobre a distribuição geográfica de algumas endemias parasitárias no Estado de São Paulo.* — "Arq. de Higiene — Rio de Janeiro" (Separata).
- PESSÔA, S. B. e PASCALE, N. — 1937 — *Pesquisas sobre a ancilostomose em S. Paulo. III. Intensidade da ancilostomose em algumas fazendas de café no município de Ribeirão Preto.* — "An. Fac. Med. Univ. S. Paulo", 18: 168-180.
- SETZER, J. — 1945 — *Noções gerais de Pedologia.* — "Bol. Geográfico", 2 (24): 1905.
- SETZER, J. — 1946 — *Contribuição para o estudo do clima no Estado de S. Paulo.* — "Bol. D.E.R.", vol. IX a XI — Outubro 1943 a Outubro 1945. S. Paulo, 1946, 230 p., 130 tabelas, 37 gráficos e 23 cartas.
- STOLL, N. R. — 1923 — *A quantitative study defining a point of breakdown of hookworm eggs cultured in feces, and its association with intense acidity.* — "Am. Jour. Hyg.", 3: 137-155.

Adquirir o hábito de ler é construir para si próprio
um refúgio contra quase todas as misérias da vida.

W. Somerset Maugham



Em dosagens eficientes :

Formosulfatiazol — Sulfadiazina — Caolin — Xarope
de Glicose em suspensão de paladar agradável.

Diarréas processos desintéricos e inflamatórios intestinais

★

LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.

Escritório: Parque D. Pedro II, 802 - 876 — Laboratório: Rua Copacabana, 15-A
Telefones: 33-5916 e 35-1013 (Rêde interna) São Paulo, Brasil.

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA

Sessão de 26 de novembro de 1955

Presidente: *Renato Toledo*

Câncer das pálpebras. — Francisco de Almeida Rosa. — O autor apresentou extenso trabalho sobre o câncer das pálpebras, baseado em diversos casos clínicos, tecendo considerações a respeito da precocidade de tratamento, do tamanho útil das biópsias, da aplicação ou não de enxertos, do emprego da radioterapia e da cirurgia. Conclui pela preferência do tratamento cirúrgico, salien-

tando à pouca eficácia da radioterapia.

Considerações sobre a imunologia do cristalino. Franco do Amaral. O autor realizou várias experiências em animais para elucidar certos pontos do problema, concluindo pela inexistência de prévia hipersensibilidade ao extrato do cristalino humano; no caso desta ocorrer, é adquirida.

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Sessão em 17 de agosto de 1955

Presidente: *Jorge Fairbanks Barbosa*

Aspectos clínicos do câncer da boca. Jorge Fairbanks Barbosa. — O autor fez um apanhado sobre os tipos mais frequentes apresentados pelas lesões

cancerosas das partes moles da cavidade bucal e fez um levantamento sobre a incidência da afecção no Instituto Central-Hospital A. C. Ca-

RUBROMALT*Extrato de malte**Com as Vitaminas B₁₂, A e D**Complexo B, Extrato de Fígado,**Aminoácidos e Minerais.*

INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

margo da Associação Paulista de Combate ao Câncer, e um estudo da mortalidade no Estado e na Cidade de São Paulo nestes últimos 10 anos, baseado nos dados fornecidos pelo Instituto de Geografia e Estatística. Concluiu que o diagnóstico da afecção passa despercebido em grande número de vezes por falta de um preparo adequado dos que assistem estes pacientes e em especial os otorrinolaringologistas e os dentistas.

A palestra foi documentada com a exibição de um filme.

Reação anafilática à diidrostreptomina. João Ferreira de Mello e Ernesto Mendes. — Os autores apresentaram o caso de um paciente que teve reação do tipo anafilático após a injeção de penicilina com diidrostreptomina. As provas alérgicas realizadas mostraram ser a reação devida à diidrostreptomina.

Sessão em 19 de setembro de 1955

Presidente: *Luiz Pedalini*

Conduta diagnóstica na surdo-mudez. José Eugênio de Rezende Barbosa. — O autor salientou a dificuldade diagnóstica da surdo-mudez na primeira infância, considerando a necessidade de um ambiente adequado, de instrumental especializado (inclusive de brinquedos que despertem a atenção do pequeno paciente e sirvam de teste da capacidade de associação psicomotora), de um interrogatório completo dos pais quanto a consangüinidade, antecedentes familiares, evolução da gravidez, parto e antecedentes mórbidos nos primeiros meses. Em seguida, o autor considerou os meios de diagnóstico instrumental, salientando os testes de surpresa e os outros meios auxiliares, exame radiográfico, eletrencefalográfico, oftalmológico, neuropediátrico e vestibular.

Diagnóstico etiológico da surdo-mudez. Mauro Cândido de Souza Dias. — O autor apresentou uma ten-

tativa de classificação etiológica da surdo-mudez sublinhando a escassez de material anatómico existente na literatura mundial. Estudou, a seguir, a surdo-mudez genética nos dois grandes tipos: a dominante e a recessiva esporádica, tendo considerações sobre a responsabilidade do médico ao ser solicitado a fazer um prognóstico genético. Passou em revista outros tipos etiológicos de surdo-mudez congênita não genética, ressaltando dois fatores etiológicos de recente aquisição: a rubéola e a eritroblastose fetal. Insistiu sobre um aspecto novo do problema, qual seja a menor frequência da surdo-mudez congênita ou precoce nas infecções a germes sensíveis a antibióticos, cedendo terreno às produzidas por moléstias a vírus ou devidas a incompatibilidade do fator Rh. Finalmente, ilustrou com diapositivos lesões cócleo-vestibulares em caso de rubéola gravídica.

Sessão em 17 de outubro de 1955

Presidente: *Jorge Fairbanks Barbosa*

Actinomicose cérvico-facial pelo "Actinomyces brasiliensis". Antonio Corrêa, Marcos Elizabetky, Américo Paulo Morganti e Carlos da Silva Lacaz. — Os autores apresentaram um caso de actinomicose cérvico-facial pelo *Actinomyces brasiliensis*, com

documentação micológica, histopatológica e radiográfica. O caso mostrou-se resistente a penicilina, à sulfamidoterapia, à cloromicetina e à iodoterapia, só respondendo favoravelmente à medicação de sulfona com cortisona, confirmando-se, assim,

MISTECLIN

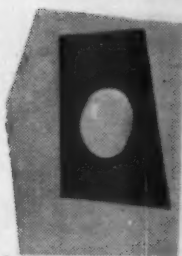
O tratamento com os antibióticos habituais de amplo espectro dá origem, frequentemente, a crescimento excessivo de *Candida albicans* (monília), em virtude desses medicamentos não apresentarem efeito antimicótico. Entre as manifestações do crescimento excessivo de monília podem-se citar a diarreia e o prurido anal relacionados com a antibiótico-terapia, assim como a moníase vaginal e bucal. Em alguns casos, podem ocorrer infecções sistêmicas graves, às vezes letais, causadas por monília.

O tratamento com **MISTECLIN**

(Tetraciclina-Nistatina Squibb)

O antibiótico mais seguro e de maior espectro anti-infeccioso

O tratamento com Misteclin não só é eficaz na terapêutica de muitas infecções habituais mas, também, protege o paciente contra o crescimento excessivo de monília. Misteclin é o único antibiótico que oferece a proteção da ação combinada da Nistatina Squibb, o primeiro antibiótico seguramente ativo contra fungos, e da Tetraciclina Squibb, o antibiótico de grande espectro melhor tolerado.



Cada drágea do Misteclin contém 250 mg. de Cloridrato de Tetraciclina e 250.000 u. de Nistatina.

Dose mínima para adultos:
1 drágea, 4 vezes ao dia.

Apresentação:
Frascos com 12 drágeas.

"MISTECLIN" É UM NOME REGISTRADO

SQUIBB

margo da Associação Paulista de Combate ao Câncer, e um estudo da mortalidade no Estado e na Cidade de São Paulo nestes últimos 10 anos, baseado nos dados fornecidos pelo Instituto de Geografia e Estatística. Concluiu que o diagnóstico da afecção passa despercebido em grande número de vezes por falta de um preparo adequado dos que assistem estes pacientes e em especial os otorrinolaringologistas e os dentistas.

A palestra foi documentada com a exibição de um filme.

Reação anafilática à diidroestreptomicina. João Ferreira de Mello e Ernesto Mendes. — Os autores apresentaram o caso de um paciente que teve reação do tipo anafilático após a injeção de penicilina com diidroestreptomicina. As provas alérgicas realizadas mostraram ser a reação devida à diidroestreptomicina.

Sessão em 19 de setembro de 1955

Presidente: *Luiz Pedalini*

Conduta diagnóstica na surdo-mudez. José Eugênio de Rezende Barbosa. — O autor salientou a dificuldade diagnóstica da surdo-mudez na primeira infância, considerando a necessidade de um ambiente adequado, de instrumental especializado (inclusive de brinquedos que despertem a atenção do pequeno paciente e sirvam de teste da capacidade de associação psicomotora), de um interrogatório completo dos pais quanto a consangüinidade, antecedentes familiares, evolução da gravidez, parto e antecedentes morbidos nos primeiros meses. Em seguida, o autor considerou os meios de diagnóstico instrumental, salientando os testes de surpresa e os outros meios auxiliares, exame radiográfico, eletrencefalográfico, oftalmológico, neuropediátrico e vestibular.

Diagnóstico etiológico da surdo-mudez. Mauro Cândido de Souza Dias. — O autor apresentou uma ten-

tativa de classificação etiológica da surdo-mudez sublinhando a escassez de material anatômico existente na literatura mundial. Estudou, a seguir, a surdo-mudez genética nos dois grandes tipos: a dominante e a recessiva esporádica, tecendo considerações sobre a responsabilidade do médico ao ser solicitado a fazer um prognóstico genético. Passou em revista outros tipos etiológicos de surdo-mudez congênita não genética, ressaltando dois fatores etiológicos de recente aquisição: a rubéola e a eritroblastose fetal. Insistiu sobre um aspecto novo do problema, qual seja a menor frequência da surdo-mudez congênita ou precoce nas infecções a germes sensíveis a antibióticos, cedendo terreno às produzidas por moléstias a vírus ou devidas à incompatibilidade do fator Rh. Finalmente, ilustrou com diapositivos lesões cócleo-vestibulares em caso de rubéola gravídica.

Sessão em 17 de outubro de 1955

Presidente: *Jorge Fairbanks Barbosa*

Actinomicose cérvico-facial pelo "Actinomyces brasiliensis". Antonio Corrêa, Marcos Elizabetsky, Américo Paulo Morganti e Carlos da Silva Lacaz. — Os autores apresentaram um caso de actinomicose cérvico-facial pelo *Actinomyces brasiliensis*, com

documentação micológica, histopatológica e radiográfica. O caso mostrou-se resistente a penicilina, à sulfamidoterapia, à cloromicetina e à iodoterapia, só respondendo favoravelmente à medicação de sulfona com cortisona, confirmando-se, assim,

MISTECLIN

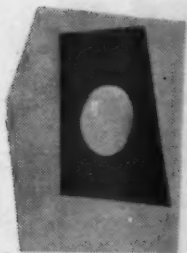
O tratamento com os antibióticos habituais de amplo espectro dá origem, frequentemente, a crescimento excessivo de *Candida albicans* (monília), em virtude desses medicamentos não apresentarem efeito antimicótico. Entre as manifestações do crescimento excessivo de monília podem-se citar a diarreia e o prurido anal relacionados com a antibiótico-terapia, assim como a monilíase vaginal e bucal. Em alguns casos, podem ocorrer infecções sistêmicas graves, às vezes letais, causadas por monília.

O tratamento com **MISTECLIN**

(Tetraciclina-Nistatina Squibb)

O antibiótico mais seguro e de maior espectro anti-infeccioso

O tratamento com Misteclin não só é eficaz na terapêutica de muitas infecções habituais mas, também, protege o paciente contra o crescimento excessivo de monília. Misteclin é o único antibiótico que oferece a proteção da ação combinada da Nistatina Squibb, o primeiro antibiótico seguramente ativo contra fungos, e da Tetraciclina Squibb, o antibiótico de grande espectro melhor tolerado.



Cada drágea de Misteclin contém 250 mg. de Cloridrato de Tetraciclina e 250.000 u. de Nistatina.

Dose mínima para adultos:
1 drágea, 4 vezes ao dia.

Apresentação:
Frascos com 12 drágeas.

"MISTECLIN" É UM NOME REGISTRADO

SQUIBB

trabalhos anteriores de Gonzáles Ochoa, no México. Foi feita revisão da literatura, acentuando-se a raridade do acontecimento cérvico-facial pelo *Actinomyces brasiliensis*, a possibilidade de confusão com neoplasia maligna e a importância da terapêutica utilizada.

Corpos estranhos da cavidade nasal e conduto auditivo. Considerações sobre 1 200 casos atendidos no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas. Sérgio Paula Santos, Hélio Graziani e Américo Paulo Morganti. — Os

autores teceram considerações sobre conceito, classificação, sintomatologia e diagnóstico dos corpos estranhos do nariz e ouvido. Apresentaram uma casuística de 1 200 pacientes, comentando as frequências das localizações, à direita e à esquerda, a natureza dos corpos estranhos, a idade e o sexo. Entraram também no aspecto psicossomático do problema, principalmente nos pacientes adultos. Terminaram apontando a conduta seguida nestes casos, no Serviço a que pertencem.

Sessão em 17 de novembro de 1955

Presidente: Jorge Fairbanks Barbosa

Medicina psicossomática e Otorrinolaringologia. Sílvio Marone. — O autor chamou a atenção para o fato de que já no próprio termo médico estão contidas as suas atividades curativas, tanto somáticas como psíquicas. Para tanto, apoiou-se em estudos de filologia desde o Zenda em sânscrito, latim e grego. Em seguida, fez um estudo das atividades curativas de Jesus, no campo otorrinolaringológico, analisando trechos específicos da Bíblia. Apresentou esquemas de sua autoria sobre as influências recíprocas psicossomáticas, que se fazem através

do sistema neurendócrino, além das influências morbigenas externas sobre o soma e a psique. Apresentou as bases fundamentais da Medicina Psicossomática e da conversão psicossomática. Chamou a atenção para o mecanismo da patologia psicossomática. Passou, a seguir, a estudar, na literatura e com casos próprios, as alterações psicossomáticas em nariz, ouvidos, faringe e laringe. Ocupou-se da asma, da rinite, da surdez, do mutismo, dos zumbidos e das ageusias psicossomáticas.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão em 12 de agosto de 1955

Presidente: Fernando Gayotto

Fisiopatologia das síndromes convulsivas. Paulo Pinto Pupo. — Crises convulsivas são estados produzidos por uma descarga neuronal excessiva, anormal, dentro do sistema nervoso central. Se diferentes condições mórbidas que possam produzir este estado são estudadas em conjunto, elas podem ser agrupadas sob a denominação genérica de "epilepsias". Essas descargas anormais podem processar-se em qualquer grupamento de célu-

las nervosas centrais; daí decorre que a sintomatologia se apresenta de forma diversa de acordo com a área cerebral em que se processa descarga inicial. Os sistemas centrencefálicos de regulação cerebral possuem função de "pacemaker" central de toda a atividade cerebral, função de modulação de todos os impulsos que chegam ao cérebro vindos do mundo exterior ou dos receptores viscerais, assim como a modulação de todas as

reações do sistema nervoso, adaptando-as às condições do momento. Tal função faz com que este sistema, cujo centro está em núcleos mediais do tálamo, se constitua na sede da consciência. A resultante de uma descarga "epiléptica" neste conjunto é a imediata perda da consciência. Quando, pelo contrário, a descarga se processa em qualquer outra área, particularmente em área da convexidade cerebral, a primeira manifestação clínica é do tipo motor, sensitivo, sensorial ou psíquico, mas com o indivíduo em plena consciência. Isto distingue clinicamente as epilepsias focais, das centrencefálicas. Falando a respeito do conceito de epilepsia idiopática, com seus característicos neurológicos, clínicos e eletrencefalográficos, o autor a diferenciou das epilepsias sintomáticas, secundárias a qualquer afecção atingindo direta ou indiretamente o sistema nervoso, cujo diagnóstico etiológico tem de ser feito. Repassou então os fatores causais mais frequentes segundo a idade do paciente, mostrando que a lesão é inteiramente diferente nos casos em que a moléstia se apresenta na infância, nos da juventude ou nos em que o primeiro ataque aparece em idade superior a 35 anos. Na criança, em particular, analisou o problema das convulsões febris, que, em sua experiência, aparecem na maioria das vezes em crianças possuidoras de um fator cerebral predisponente, fator este evidenciável pela eletrencefalografia (disritmas de tipo centrencefálico consequentes a fator endógeno, ou adquiridas por fatores lesionais — encefalites, asfixia do nascimento — ou disritmas de tipo focal, sempre indicativas de fator lesional cerebral adquirido — hérnia temporal durante o trabalho de parto, trauma por fórceps, trauma pós-natal, afecções do ouvido médio e interno, encefalites outras), ou evidenciável na história mórbida progressiva do paciente ou mesmo nos exames neurológico, psiquiátrico ou radiológico especializado. Existem, entretanto, casos numerosos em que as crises convulsivas febris aparecem — e mesmo se repetem — sem que haja fator cerebral evidenciável, evoluindo favoravelmente para o desaparecimento espontâneo.

O fator psicológico na gênese da epilepsia. Luís Miller de Paiva. — O autor chamou a atenção para outro fator desencadeante das crises convulsivas, não abordado até então: o fator psicológico. Devem-se levar em conta duas condições: a constituição e os fatores desencadeantes (na opinião de Stanley Cobb podem citar-se sessenta), que podem ser orgânicos e psíquicos. Estes, por sua vez, podem decorrer, também, de duas condições: traumas de situação e vivências traumáticas da infância. Quanto à constituição epiléptica, pode ser devida a um fator genético: herdar-se-ia um locus minoris resistentiae, seja na região motora, seja na diencefálica; por outro lado, segundo os psicanalistas, herdar-se-ia, também, certa magnitude do instinto dos ancestrais e mecanismos de defesas pré-formadas. Stekel e Freud consideram a epilepsia como manifestação somática, um escape da agressividade recalcada. Uns indivíduos apresentam convulsões e outros somente a personalidade epiléptica (gliscróide, pegajoso, colérico, turbulento, justiceiro, com religiosidade exagerada). Mas, como o estado psíquico influenciaria o desencadeamento da crise epiléptica? Segundo Freud, a crise epiléptica não difere muito da histeria; a primeira seria uma forma de descarregar a tensão nervosa, um mecanismo de defesa para evitar o desprazer criado pela angústia decorrente do complexo de culpa; haveria uma luta entre o instinto de vida (construtor) e o da morte (destruidor); a livre expressão do instinto da morte é encontrada no sadismo e a inibição desse instinto daria a convulsão. A crise epiléptica seria desencadeada por três fatores: agressão recalcada (auto-agressão), homossexualismo e ansiedade. Stekel cita vários casos de cura após excluir a hostilidade latente. Após referir um caso pessoal, o autor volta a citar Freud, para quem a epilepsia seria um crime introjetado, uma espécie de suicídio, sendo a sua culpa, o desejo agressivo; em certos casos, a convulsão está relacionada à relação sexual com a própria pessoa, para não tê-la com a mãe ou mesmo com o próprio pai, devido a seu compo-

nente homossexual e à ambivalência (amor-ódio). A crise persiste por sentir-se sempre culpado. Além disso, verificou-se que, no inconsciente do epilético, encontram-se desejos anormais como a pedofilia, a necrofilia, etc. Clark julga que o ataque seria um orgasmo extragenital, cuja descarga se efetuará por todo o corpo

devido ao narcisismo. Pichon-Rivière estudou bem o problema psicanalítico da epilepsia. Melanie Klein acha que o pavor noturno seria a elaboração precoce do complexo de Édipo; o grito e a sonilóquia seriam um pedido de proteção. O autor referiu ter tido casos em que pôde confirmar esse conceito.

Sessão em 12 de setembro de 1955

Presidente: Fernando Gayotto

Esquistossomose na infância. Francisco Credidio Neto. — Foram estudados 7 casos de crianças portadoras de esquistossomose mansoni, internadas na Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Prof. Pedro de Alcântara). As idades variavam de 5 a 13 anos, sendo 5 do sexo masculino, 2 do feminino, 4 de cor branca e 3 pardas. Quanto à procedência: 3 da Bahia, 3 de Alagoas e 1 de Minas Gerais. O tempo da moléstia variou de 10 meses a 4 anos, sendo mais numerosos os casos com duração de 1 ano (42,8%). Quanto à sintomatologia, 100% dos casos apresentaram diarreia, sendo, em 71,4%, acompanhada de sangue e cólicas. Hépato e esplenomegalia em 28,5%. Todas as crianças apresentaram estado de nutrição regular. Todos os casos tiveram anemia hipocrômica, com variações extremas de 2 800 000 a 4 300 000 eritrócitos por mm³, com 63 a 78% de hemoglobina. Eosinofilia em 100% dos casos. A biópsia retal foi positiva em 100% dos casos. O exame de fezes foi positivo em 6 casos (85,7%). Em um caso, o exame de fezes negativou-se antes de ser iniciada a primeira série de Glucantime, com o uso de Miracol. Em um caso, o exame de fezes foi negativo (14,2%), tendo sido positiva a biópsia retal. Esta última foi positiva para ovos vivos de *S. mansoni* em 100% dos casos. Foi usado o antimoníato de N-metilglucamina (Glucantime Rhodia), por via intravenosa e em clisteres de retenção. Uma ampola de 5 ml corresponde à solução de 30%, com 85 mg de anti-

mônio por ml; cada série de tratamento teve a duração de 10 dias; o intervalo entre as séries foi de 10 dias. Cada série constou de: a) uma injeção intravenosa cada 12 horas; b) um clister de retenção cada 24 horas; c) uma injeção intramuscular de vitamina K, cada 24 horas (ampola de 0,01 g). Foram usadas tantas séries quantas necessárias para a persistência de negatificação da biópsia retal. A dose total, de tratamento intravenoso e em clisteres, variou de 25,5 a 161,5 g. A dose diária total variou de 0,85 a 1,79 g. A dose diária por quilo de peso variou entre 0,042 e 0,063 mg. A negatificação do exame de fezes em todos os casos ocorreu antes que a biópsia retal, após uma ou duas séries de tratamento. A negatificação da biópsia retal ocorreu em 57% dos casos após a terceira série; em 3 casos foram necessárias 5, 6 e 9 séries. Em 3 casos, biópsias repetidas em ambulatório foram negativas durante 5, 5 e 23 meses, respectivamente. O conceito de alta curado baseou-se na persistência da negatificação durante, no mínimo, 3 biópsias retais negativas. Apesar de termos empregado doses maiores que as habitualmente preconizadas, observamos perfeita tolerância ao sal de antimônio, sem nenhum acidente tóxico. O exame de fezes negativo numa criança suspeita não invalida o diagnóstico, pois o mesmo poderá ser firmado por uma biópsia retal positiva. Não foi observada relação entre o tempo de duração da moléstia e o número de séries de tratamento empregadas para negatificação da biópsia retal.

PENTABIÓTICO

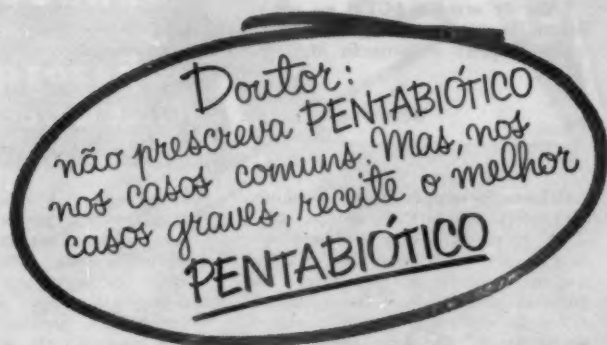
OTÊNCIA

SPECTRO ANTIMICROBIANO

ÍVEIS SANGUÍNEOS

OLERÂNCIA

ÇÃO BACTERICIDA



CINCO ANTIBIÓTICOS NUM SÓ

Indústrias Farmacêuticas



Fontoura-Wyeth S.A.

"Pioneira do Progresso em Antibióticos no Brasil"

No Brasil: Indústrias Farmacêuticas Fontoura - Wyeth S.A. - São Paulo
Nos Estados Unidos: Wyeth Laboratories Inc. - Philadelphia, Pa.

Sessão em 12 de outubro de 1955

Presidente: *Fernando Gayotto*

Acrodinia infantil. Apresentação de um caso. Annelise Strauss, J. Costa Marques e Américo Cardoso dos Santos. — Os autores apresentaram um caso de acrodinia infantil bastante característico. É o único observado entre 139 435 doentes internados no Hospital das Clínicas da Fac. Med. da Univ. de São Paulo. Teceram considerações, abordando o histórico, a sintomatologia, as complicações, os exames laboratoriais, a evolução, o diagnóstico, a etiologia e o tratamento.

Dieta de arroz e ACTH no tratamento da síndrome nefrótica. Fernando Gayotto e Eduardo Marcon-

des Machado. — Os autores fizeram o estudo de 9 casos de síndrome nefrótica internados na enfermaria de Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Prof. Pedro de Alcântara). Empregaram a dieta de arroz, só ou associada a Lonalac ou ovo, juntamente com o ACTH. As doses de ACTH mais empregadas foram de 40 mg diários, passando-se depois para 20 mg e, finalmente, para 10 mg, na média de 1 826,66 bg por caso. Observaram que a dieta de arroz e o ACTH constituíram o tratamento que melhores resultados apresentou, tanto sob o ponto de vista clínico como bioquímico.

Sessão em 14 de novembro de 1955

Presidente: *Fernando Gayotto*

Orientação terapêutica do pé plano na criança. Flavio Pires de Camargo. — O pé plano é uma entidade clínica caracterizada por modificações dos arcos plantares, por vezes tão discretas que só são visíveis durante a função de apoio ou de marcha; outras vezes, são tão evidentes que são perceptíveis com o pé em repouso. É uma verdadeira alteração morfológica e estrutural, podendo, quando não tratada, levar a lesões definitivas ostearticulares, que não se localizam somente nos pés, mas também em todas as articulações dos membros inferiores e coluna vertebral. Como agente etiológico, existe uma grande variedade de causas congênitas, adquiridas e traumáticas; em outros casos, a causa etiológica continua sendo objeto de discussão quando se pretende estabelecer o mecanismo do seu aparecimento. O pé plano essencial da criança se enquadra neste último tipo. Em qualquer caso o sintoma mais importante é a dor. Ao nascer, a criança não tem nenhum arco, mas com o desenvolvimento normal dos ligamentos e dos ossos do pé, os arcos vão aos poucos se

modelando. A criança exercita os músculos dos pés e pernas, já na vida intra-uterina, vários meses antes do nascimento. Logo nos primeiros meses de vida, ela continuamente movimentava os pés e as pernas quando acordada e logo aprende a puxar seus pés para cima ou contra qualquer resistência. Esses movimentos são normais, comparáveis com a marcha. Aos 4 meses utiliza os pés para virar-se e logo depois para sentar-se. Cerca de 9 ou 10 meses, quando começa a ficar na posição erecta, não somente aumenta os exercícios dos pés, como os submete aos efeitos do peso corporal. Nessa ocasião, se os arcos e os músculos dos pés se desenvolvem adequadamente e suas pernas são retas, e não havendo ainda excesso de peso, não haverá a queda dos arcos. Se o contrário acontecer, haverá queda dos arcos e, por conseguinte, o aparecimento do pé plano. O pé plano infantil, de natureza congênita, é difícil de ser diagnosticado. Existe uma única exceção: o pé plano por estrálgalo vertical, anomalia perceptível radiograficamente e reconhecida clinicamente como pé plano con-

quando
a
pressão
sobe...

HEXAPAVERINA



gênito convexo. Os outros pés planos congênitos, como os ocasionados por sinostoses diversas, não são evidenciados pelos raios X, porque a ossificação dos ossos do tarso se produz mais tardiamente. Diante de um pé plano infantil, excluída ou não a etiologia congênita, o exame cuidadoso permite quase sempre enquadrá-lo dentro de alguma das formas clínicas. Não se pode negar que o tono muscular e as conexões ligamentosas desempenham papel fundamental na conservação da forma normal do pé. Esse tono e as conexões sofrem também influência direta de outras causas, como o excesso de

pés e os defeitos posturais. Tratamento: do que ficou dito deduz-se que o tratamento do pé plano infantil não pode ser encarado antes de se estabelecer a forma clínica e a interpretação etiológica de cada caso. O pé plano infantil essencial é o mais comum, não devendo ser considerado como condição invalidante antes da adolescência. As medidas terapêuticas devem tender a melhorar a musculatura, com exercícios especiais; evitar as distensões ligamentosas com palmilhas adequadas e corrigir as deformidades ósseas quando existentes (principalmente das tíbias).

DEPARTAMENTO DE PROCTOLOGIA

Sessão em 6 de setembro de 1955

Presidente: *Pedro de Souza Campos Filho*

Aspectos clínicos do câncer do cólon, reto e ânus. José Ramos de Oliveira Jr. — O autor, inicialmente, afirmou que a possibilidade de cura do câncer é proporcional à precocidade do diagnóstico. Este, entretanto, é muito difícil, quer pela ausência de sintomas, quer pelas doenças parasitárias comuns em nosso meio, que desviam a atenção do médico; pode acrescentar-se também a falta de exame mais completo, com radiografia e principalmente o toque real e a retossigmoidoscopia. O autor

passou a discorrer sobre a sintomatologia do câncer do cólon nos seus diversos segmentos e do reto. Acentuou a necessidade de todos os exames para se avaliar a conduta a ser seguida no tratamento. Terminou dizendo que a quimioterapia, ainda em período experimental, tem-se demonstrado eficaz, determinando melhora dos sintomas e diminuição do tumor, proporcionando ao paciente um período de bem-estar que até agora não tinha sido obtido pelos outros métodos de tratamento.

Sessão em 17 de setembro de 1955

Presidente: *Lavoisier da França Silveira* (da Secção Regional de Jundiaí)

Prolapso do reto na criança. Pedro de Souza Campos Filho. — O autor inicialmente esclareceu a diferença entre prolapso e procidência; falou, depois, sobre a incidência e as causas mais comuns de prolapso na criança. O exame de fezes, praticado nos portadores dessa entidade mórbida, revela alta percentagem de verminose e, salvo raras exceções, o tratamento da verminose é suficiente para a cura do prolapso.

Colites. Waldemiro Nunes. — O autor limitou sua exposição aos pon-

tos mais importantes, relacionados com a sintomatologia, o diagnóstico e a terapêutica. O capítulo das colites é um dos mais confusos da patologia digestiva, englobando, muitas vezes, as mais diversas perturbações intestinais, sendo difícil estabelecer limites precisos entre os distúrbios puramente funcionais e as doenças inflamatórias propriamente ditas. definiu a colite como caracterizada pela inflamação, aguda ou crônica, da mucosa intestinal, traduzindo-se pela presença, nas fezes, de produtos

patológicos derivados desta inflamação. Falou depois sobre as colites patentes, indiscutíveis, caracterizados por evacuações de pus, muco e sangue, cuja causa será evidenciada pelo exame de fezes. Disse, também, que há colites menos evidentes e certamente discutíveis; sem sinais clínicos de inflamação intestinal, cujas causas são, muitas vezes, difíceis de precisar. No diagnóstico diferencial, frisou, como ponto de suma importância, a necessidade de não confundir uma colite com o câncer dos cólons, que apresenta, em muitos casos, sintomas semelhantes. Nas clínicas especializadas tem-se notado que grande per-

centagem de portadores de câncer dos cólons foram, antes do diagnóstico, tratados de "colite", às vezes durante um ano ou mais, perdendo, assim, um tempo precioso. Em todos os casos de "colites rebeldes" que não melhoraram com a medicação, o exame sigmoidoscópico é indispensável, pois mais de 50% dos carcinomas dos cólons podem ser revelados pela simmoidoscopia. O autor discorreu, a seguir, sobre os tratamentos das várias causas de colites. Finalmente, teceu comentários sobre a colite ulcerosa crônica, seus sintomas, complicações e os tratamentos clínicos e cirúrgicos.

Sessão em 24 de novembro de 1955

Presidente: *Pedro de Souza Campos Filho*

Aspectos radiológicos das diverticulites e diverticuloses. Paulo de Almeida Toledo. — O autor definiu a diverticulose como hérnia da mucosa: divertículos de propulsão. Fêz estudo comparativo com os outros divertículos do aparelho digestivo. Dividiu as diverticulites em duas fases: latente, sem sintomas; e de complicações (colite hiperplástica, perfurações, etc.). Passou, em seguida, ao diagnóstico diferencial dizendo que merece especial atenção a exclusão do câncer. Teceu comentários sobre os aspectos radiológicos das imagens apresentadas pelo câncer dos cólons e as das diverticulites complicadas.

Aspectos cirúrgicos das diverticulites e diverticuloses. E. Cutait. — O

autor discorreu sobre as diverticulites agudas, localizadas, geralmente, no sigmóide; o traumatismo de fezes endurecidas provoca edema da mucosa, fazendo divertículo numa cavidade fechada, havendo, por isto, infecção; haverá abscesso, que poderá abrir-se em peritônio livre, para dentro da luz intestinal do cólon ou do intestino delgado, para a bexiga, para o útero, a vagina e ainda para a pele. Na diverticulite crônica há retração, encurtamento e estenose do segmento mais atingido. O tratamento clínico consiste em dieta, antopasmódicos e quimioterapia. Em seguida o autor fez várias considerações sobre o tratamento cirúrgico, citando diversos autores partidários da cirurgia precoce.

METROLINA

Antissético Ginecológico — Bactericida —
Adstringente — Aromático

★

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

HUGO MOLINARI & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO: Rua da Alfândega, 201. Telefone 43-5421. Caixa Postal, 161
SÃO PAULO: Rua da Glória, 170. Telefone 32-4228. Caixa Postal, 949

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA

Sessão em 27 de outubro de 1955

Presidente: *Raphael de Lima Filho*

Clínica dos tumores intracranianos. Aloysio Mattos Pimenta. — Os progressos que conduziram ao estado atual da neurocirurgia dependeram de fatores gerais e neurocirúrgicos. Entre os fatores gerais estão a suspeita precoce pelo clínico geral e o controle das condições do doente operado, por meio de antibióticos, melhor orientação nos distúrbios metabólicos, organização de Bancos de Sangue, progressos da anestesia e melhoria da enfermagem. Entre os fatores neurocirúrgicos estão o diagnóstico precoce, a localização mais exata (progressos da clínica neurológica, conhecimentos de fisiologia normal e patológica e meios objetivos de localização pela ventriculografia e arteriografia) e a padronização técnica. A clínica dos tumores intracranianos é polimorfa, dependendo, na maioria dos casos, do diagnóstico topográfico, baseado em conhecimentos de neurofisiologia. No entanto, é fundamental saber a fisiopatologia das "lesões que ocupam espaço", que explica certos aspectos em desacordo com os dados da neurofisiologia. Tratando da fisiopatologia, o autor frisou que os sintomas não dependem somente da sede da lesão que ocupa espaço. Há outros fatores, como: a) volume do tumor, que pode abrange e lesar vários centros cerebrais e originar quadros clínicos complexos; b) natureza do tumor; os tumores infiltrativos, de crescimento rápido, favorecem o aparecimento de edema cerebral e dão sintomas além dos próprios de sua localização; c) edema cerebral; a lesão que ocupa espaço produz edema perilesional e edema geral; o edema geral origina as hérnias cisternas (temporal e tonsilar), causas da morte de maioria dos casos; d) perturbações da circulação do liquor; os tumores da fossa posterior produzem bloqueio da circula-

ção líquórica e, assim, com mais frequência, causam a tríade da hipertensão intracraniana (cefaleia, edema de papila e vômitos); e) perturbação circulatória, arterial ou venosa, dando sintomas à distância ou maior edema cerebral; f) perturbação das conexões intracerebrais, seja por compreensão, seja por edema, causando sintomas à distância. A importância de todos estes fatores decorre do fato do tecido nervoso estar contido numa cavidade óssea. Em síntese, os tumores intracranianos se apresentam com a história progressiva de: 1) síndromes neurológicas e psiquiátricas; 2) síndrome de hipertensão intracraniana; 3) síndromes morfológicas ou endócrinas. Quanto à orientação de diagnóstico: de acordo com o conhecimento atual, há evidências para o uso cada vez mais limitado da ventriculografia e cada vez maior da arteriografia. Além do mais, a pneumoencefalografia fracionada veio restringir também o emprego da ventriculografia.

O craniograma nos tumores cerebrais. Celso Pereira da Silva. — O autor, após delimitar o tema, passou ao estudo dos sinais dos tumores cerebrais no craniograma. Lembrou, inicialmente, que a importância do craniograma no diagnóstico dos tumores cerebrais tem diminuído de modo apreciável, desde que foram introduzidas em rotina as radiografias contrastadas do sistema nervoso central — ventriculografia, pneumoencefalografia e, principalmente, a angiografia cerebral — métodos estes que permitem o diagnóstico relativamente precoce das neoplasias intracranianas, possibilitando muitas vezes o diagnóstico de natureza do tumor, antes mesmo que a neoformação imprima modificações no esqueleto craniano. O autor estudou, a seguir, os sinais



Clímax

Thiaminose

VITAMINA B₁
VITAMINA C
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS
ULCERAS GASTRO DUODENAIAS
AFECÇÕES HEPÁTICAS
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm³

LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.

radiológicos gerais determinados no craniograma pelo tumor cerebral e os sinais locais craniográficos das neoplasias intracranianas. Chamou a atenção para a ordem de aparecimento dos sinais radiológicos gerais da hipertensão intracraniana na criança e no adulto, acentuando as diferenças observadas nos dois casos, o que nem sempre é devidamente apreciado e pode ocasionar erros de interpretação. Enumerou cada um dos sinais radiológicos gerais e locais do tumor intracraniano. Ilustrou suas apreciações com radiografias contrastadas (pneumencefalografias, ventriculografias e angiografias cerebrais) confirmando os diagnósticos feitos pelas radiografias simples do crânio. Analisou os sinais craniográficos dos tumores cerebrais de acordo com as localizações

nos diversos andares cranianos. Tratando das calcificações tumorais intracranianas, procurou mostrar as diferenças entre as calcificações fisiológicas e as patológicas e, estudando as calcificações patológicas, distinguiu as tumorais, das parasitárias. Finalizou acentuando que, embora a importância da radiografia simples do crânio no diagnóstico dos tumores cerebrais seja relativamente pequena, é necessário que o radiologista tenha sempre em mente o valor de cada um dos sinais craniográficos de neoplasia intracraniana, a fim de evitar erros de interpretação ocasionados pela superestimação de sinais isolados ou pela subestimação de sinais realmente importantes para aquele diagnóstico.

DEPARTAMENTO DE TISIOLOGIA E MOLÉSTIAS PULMONARES

Sessão em 24 de outubro de 1955

Presidente: *Manoel Caetano da Rocha Passos Filho*

O Dispensário e o Hospital Particular na luta antituberculosa. Febus Gikovate (relator). — O autor lembrou a grande revolução ocorrida ultimamente no terreno da assistência hospitalar com o advento dos antibióticos e quimioterápicos na profilaxia da tuberculose. Referiu-se ao isolamento dos doentes, que não alterava a epidemiologia do processo. Hoje estamos em condições de modificar ou de anular o contágio em poucas semanas. A duração menor da fase contagiante da moléstia deve, pois, ter importância na modificação dos métodos de luta antituberculosa; nenhum dos métodos peixou de ser útil, mas não deve ser esquecida a importância dessa modificação. A tisiologia como disciplina deixou de ter razão de ser depois do desaparecimento da colapsoterapia gasosa, pois a medicação antituberculosa é muito fácil de ser manuseada. Resta ainda, somente, a cirurgia da tuberculose, que também deverá desaparecer dentro de pouco tempo. Quanto à

tuberculose como elemento social, pelo contrário, deverá ser intensificada, pois o rendimento atual é muito maior, dando resultados muito melhores depois do advento dos antibióticos e quimioterápicos. O autor concorda com as idéias dos Drs. Roberto Brandi e Hermelino H. Gusmão quanto ao número dos Serviços, pois não estão de acordo com as idéias atuais, citando os Serviços da Cruzada Bandeirante, que dão lucro, destinando-se o mesmo ao desenvolvimento dos Serviços da aludida instituição. O relator crê que o tratamento só é possível com o fornecimento gratuito de medicamentos. Não temos recursos para se poder fazer a obra social por intermédio da vacina BCG e com as visitadoras sanitárias, a não ser em pequenos grupos e com fins de pesquisa. O autor citou dados numéricos relativos à despesa e à receita na luta antituberculosa, verificando-se que só os serviços cobrados é que mantém o ambulatório. O autor citou ainda

a grande importância dos centros de recuperação. Descreveu a ação das associações particulares de combate à tuberculose, julgando-as dignas do maior reconhecimento devido aos assinalados serviços prestados à coletividade sem auxílio das entidades oficiais. O levantamento de leitos é o seguinte: 6218 em 45 hospitais; em construção, 4 sanatórios com 2 400 leitos; fechados, 3 com 91 leitos; total: 52 hospitais com 8 709 leitos em outubro de 1955. Pertencentes à Divisão de Tuberculose, 10 hospitais com 4 659 leitos, devendo ser deduzidos 2 800 leitos em construção. Dos paraestatais, citou o Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Bancários, com 70 leitos. Particulares: 24 hospitais com 2 737 leitos; 8 hospitais com 587 leitos; total: 3 324 leitos; anexos a estas casas, 3 com 73 leitos; com fins lucrativos, 3 com 195 leitos. Total: 3 592 ou seja 53,4% dos leitos no Estado. O custo médio do leito-dia é de Cr\$ 63,70. Número total de leitos-dias: 1 014 006, sendo gratuitos 666 316 (65%); em convênio 163 792 (16%); pensionistas 183 898 (18,2%). Custo geral da hospitalização Cr\$ 64 670 180,80. Déficit Cr\$ 44 482 971,00. Portanto, a receita dá 32% e as instituições têm que conseguir 68% das despesas. O custo médio do leito-dia dos hospitais do Estado é de Cr\$ 115,23 contra Cr\$ 63,70 dos hospitais particulares. No

Hospital do Manda quo é de Cr\$ 197,00, portanto o mais caro da estatística, contra Cr\$ 129,00 do Hospital do Jacanã. O autor referiu-se à falta de padronização dos dados das instituições, o que dá margem a erros de cálculo. Concordeu com a abolição da quantidade do tratamento e a desmoralização das subvenções governamentais, pois cerca de Cr\$.. 10 000 000,00 não foram pagos. As subvenções pagas foram da ordem de Cr\$ 4 329 000,00, quando deveriam ser, segundo os cálculos do custo dos leito-dia, de Cr\$ 19 262.000,00, portanto cerca de quatro vezes maiores.

O Dispensário e o Hospital Particular na luta antituberculosa. Mozart Tavares de Lima (comentarista). — O autor referiu-se aos países onde se verifica a queda da mortalidade, não acreditando que no Brasil o problema esteja resolvido como em outras nações; pelo contrário, não está solucionado. Verifica-se que o número de casos graves de destruição pulmonar do Hospital do Mandaqui constitui a grande maioria. Acredita nos meios atuais da luta: BCG, roentgenfotografia, dispensário, visitadoras, controle domiciliar, etc. Acredita na necessidade da gratuidade, senão total mas quase total, pois a roentgenfotografia, por exemplo, deve ser oferecida cada vez mais com mais intensidade.

Sessão em 23 de novembro de 1955

Presidente: *Manoel Caetano da Rocha Passos Filho*

Novos aspectos da bacteriologia da tuberculose, em face dos antibióticos. Roberto Brandi, Décio Fleury da Silveira e Oscar de Souza Lopes (relatores). — Os relatores mostraram os resultados com as experiências realizadas no Instituto Clemente Ferreira (Roberto Brandi) e Mandaqui (Décio Fleury da Silveira). A prova da catalase foi a que mostrou resultados mais seguros, nas diversas concentrações de estreptomycin, isoniazida e PAS sob temperaturas diversas. O número de inoculações não foi gran-

de e suficiente, razão porque não se pôde chegar a conclusões. Os relatores usaram a inoculação tipo Lester, empregando o mesmo animal para 4 inoculações da mesma cepa. Admitiram como positivo o animal com reação ganglionar e ulceração com caseificação. As cepas que cresceram até 1 mcg/ml foram consideradas virulentas para a isoniazida e até 10 mcg/ml para a estreptomycin. O número de cepas estudado foi de 12, de abril a outubro de 1955, em doentes do Instituto "Clemente

Ferreira" e de outros Dispensários. As amostras resistentes à isoniazida e ao PAS foram em maior número que quanto à estreptomycinina. Nas provas de catalase, feitas segundo técnica de Magarão, houve positividade em 63 e 9 casos negativos em face da isoniazida (resistência). Quanto à virulência, não se pôde tirar conclusões pelas provas de catalase. Os autores ressaltaram que o trabalho realizado visou tão somente a uma verificação, já que não pôde contar com os recursos necessários a um trabalho que possibilitasse conclusões definitivas ou convincentes. Foi também estudada a influência dos antibióticos e quimioterápicos nas lesões tuberculosas; foram estudados 250 pulmões, havendo o plano de concluir o estudo de 500 peças ainda este ano. Foram demonstradas as alterações pulmonares atribuíveis ao uso de antibióticos.

Novos aspectos da bacteriologia da tuberculose em face dos antibióticos.

José Rosenberg (comentarista). — O autor reclama maior interesse para com os problemas atuais da tuberculose. Discorre, a seguir, sobre alguns aspectos contemporâneos da bacteriologia dos bacilos da tuberculose, como a resistência, a viabilidade, etc. Há maior número de amostras isoniazido-resistentes que estreptomycinina-resistentes, não havendo explicação para o fato. Tece considerações sobre a ação da estreptomycinina e da isoniazida sobre o bacilo, mostrando diferenças fundamentais. Outrora admitia-se que os bacilos estivessem mortos dentro das lesões caseosas ou encapsuladas; hoje, com o emprego da estreptomycinina marcada com isótopos radioativos, verifica-se a presença da mesma dentro de lesões caseosas em concentrações capazes de matar o bacilo; julga-se, pois, que os bacilos teriam sido mortos pelo antibiótico. O bacilo não sofre ação das drogas quanto sua vitalidade está baixa, como nas lesões caseosas.

DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

Sessão em 30 de novembro de 1955

Presidente: José Taliberti

Aspectos endocrinológicos da impotência. Attilio Zelante Flosi. — O autor iniciou a sua exposição sintetizando o mecanismo neuro-endócrino da sexualidade. A sexualidade está subordinada aos efeitos metabólicos dos hormônios sexuais, particularmente do hormônio sexual masculino (testosterona), elaborado pelas células testiculares intersticiais. Tais células são estimuladas pelo hormônio gonadotrófico (LH), elaborado pelas células basófilas da adenohipófise. Por outro lado, a atividade dessas células se encontra sob o controle de centros nervosos hipotalâmicos, descrevendo-se dois centros: um excitador, localizado acima da hipófise, e outro depressor, situado nas proximidades dos corpos mamilares. Na puberdade, o primeiro domina o centro depressor; as células

basófilas passam a secretar as gonadotropinas que estimulam as glândulas sexuais. Tais centros hipotalâmicos sofrem a influência de impulsos corticais. Os hormônios sexuais não são responsáveis pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais primários e secundários, como também pelo impulso sexual. Portanto, desde que esse complexo mecanismo neuro-endócrino seja perturbado, pode sobrevir a impotência. Assim, lesões testiculares, hipofisárias e hipotalâmicas podem determinar a diminuição da secreção do hormônio sexual e, conseqüentemente, a impotência. Nesses casos é de fundamental importância distinguir se se trata de hipogonadismo primário (testículos) ou secundário (neuro-hipofisário). No primeiro caso haverá aumento de gonadotropinas, ao passo que, no

Aumenta a resistência contra a infecção

CHOLERGINE

Lípidos e Coloides totais do fígado e da biliar do touro sob forma natural em que são elaborados pela célula hepática.



INFECÇÕES CRÔNICAS AFECÇÕES PULMONARES
CRÔNICAS. DECADÊNCIA ORGÂNICA.

INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA CELULAR

Ampólas de 2 cm³ para uso intramuscular.

LABORATORIOS ENILA S. A. RUA RIACHUELO, 242-CAIXA POSTAL, 484-RIO
FILIAL: - RUA MARQUEZ DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

DRÁGEAS

DISSENSIBILIZAÇÃO
ALÉRGICA

GRANULADOS

PEPTALMINE

ENXAQUECAS
ALERGIA DIGESTIVA



URTICÁRIA
ESTROFILA URTICARIANA
PRURIDOS. ECZEMAS

LABORATORIOS ENILA S. A. — Rua Riachuelo, 242 — Caixa Postal, 484 — RIO
Filial: Rua Marquez de Itú, 202 - SÃO PAULO

- Solução concentrada de glicorofosfatos "cerebrais": de sódio, de potássio e de magnésio.
- Leva as matérias minerais específicas indispensáveis a reconstituição e ao funcionamento da célula nervosa.

NÃO CONTEM ESTRICNINA
NEM ARSÊNICO
ESGOTAMENTO CEREBRAL. CON-
VALESCENÇA. NEURASTENIA.



Nevrosthénine
Freysingé

Gotas

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

segundo, notar-se-á diminuição desses hormônios. Em todos os casos haverá diminuição de excreção do produto do metabolismo desses hormônios sexuais na urina (17-cetosteróides). Por outro lado, o mecanismo neuro-endócrino da sexualidade pode ser afetado por certas alterações endócrinas que modifiquem as condições metabólicas gerais. Assim, no hipotireoidismo, no hiperpituitarismo, na insuficiência supra-renal, no diabetes melito e na síndrome de Cushing (hipercorticossuprarrenalismo corticóide) a impotência é queixa frequente. Portanto, faz-se mister, em todos os casos, o exame endocrinológico minucioso, a fim de aquilatar-se da eventual interferência de fatores hormonais na gênese dessa complexa síndrome. Recentemente tem-se ainda verificado que, nos casos de deficiência de vitamina B, pode o fígado diminuir a sua capacidade

inativar estrógenos, que existem normalmente no organismo masculino. Rompendo-se o equilíbrio andrógeno-estrógeno, com a maior atividade dos hormônios sexuais femininos, pode sobrevir impotência. O tratamento hormonal só surtirá efeito quando houver condição endócrina para ser equilibrado. Assim, nos casos de hipogonadismo secundário por falta de gonadotropinas, pode empregar-se hormônio coriônico, cuja ação se assemelha ao LH. Nos casos de hipogonadismo primário a terapêutica será de substituição com o hormônio sexual masculino, propionato de testosterona, sob a forma de injeções intramusculares ou implantações subcutâneas de "pellets". Na vigência de certas endocrinopatias, a terapêutica será orientada no sentido de se restabelecer o equilíbrio endócrino.

Sociedade Médica São Lucas

Sessão de 3 de maio de 1954

Presidente: *Dr. Paulo Giovanni Bressan*

Caso clínico. — Dr. Luiz Branco Ribeiro. — A observação foi levada à Sociedade pelo Dr. Luiz Branco Ribeiro, tratava-se de uma parturiente, internada na Seção de Maternidade do Sanatório São Lucas e pertencente a clínica do Dr. Waldemar Machado. A paciente foi levada a mesma operatória para submeter-se à uma cesareana. O dr. Luiz

Branco Ribeiro praticou a intervenção, administrando a anestesia raqueana. Após dez minutos a doente entrou em colapso e faleceu.

Foi discutida a "causa mortis", fazendo comentários sobre a observação os Drs. Moacyr Boscardin, Waldemar Machado, Paulo Giovanni Bressan, Roberto De Luca e João Noel von Sonnleithner.

Sessão de 17 de maio de 1954

Presidente: *Dr. Paulo Giovanni Bressan*

Físico-química da permeabilidade das membranas celulares. — Dr. Dionysio Klobusitzky. — Após ter resumido os resultados experimentais que provam a existência da membrana celular das células animais, passou a fixar as funções básicas daquela membrana nos seguintes pontos: a)

retenção das substâncias necessárias para a vida da célula: b) dar passagem de fora para dentro às substâncias de que a célula necessita; c) dar passagem de dentro para fora aos produtos de metabolismo da célula. Frisou que os estudos de permeabilidade seguem 4 grupos de cami-

Início de uma
nova era no
tratamento de

*artrite reumatóide
asma brônquica
afecções alérgicas
doenças do colágeno*

METICORTEN

PREDNISONA

e

METICORTELONA

PREDNISOLONA

São 3 a 5 vezes mais potentes que a
cortisona ou a hidrocortisona.

Não produzem retenção de água nem de sódio.

Não alteram o metabolismo dos hidratos de carbono.

Não aumentam a excreção de potássio.

Não elevam a pressão arterial.

Schering


nhos, que são experiências de caráter empírico, experiências de filtração e de difusão executadas em membranas artificiais, exames microscópio-eletrônicos sobre a estrutura de membrana, e, finalmente, análises químicas do protoplasma de células gigantes.

Falou do papel da osmose, difusão e filtração na permeabilidade da membrana para os aneletrolitos hidrossolúveis e das condições especiais de permeação das substâncias lipossolúveis, sublinhando a importância do quociente de separação na velocidade de permeação. Tratou da influência dos fenômenos eletrocinéticos (potências de Donnan, de difusão, de fases limitrofes, e de potencial eletrocinético) na permeabilidade da membrana das hemácias e das células nervosas e musculares para os iões.

Finalizando mencionou a importância dos estudos feitos em membranas artificiais, terminando a conferência pela afirmação de que a permeabilidade das membranas celulares é um problema complexo, subordinado, em parte, às leis físico-

-químicas, em parte, aos conhecimentos biológicos desenvolvidos no próprio protoplasma.

Movimento do Banco de Sangue do Sanatório São Lucas durante o ano de 1953. — Dr. Adhemar Albano Russi. No ano de 1953 foram atendidos, no Banco de Sangue do Sanatório São Lucas, 1 269 doadores, cuja distribuição o dr. Ademar Albano Russi analisou sob o aspecto da frequência, sexo, nacionalidade, cor, grupos-sanguíneos, observando que desses doadores foram obtidos 630 030 centímetros cúbicos de sangue. Foram realizadas 900 transmissões de sangue e glóbulos, assinalando a percentagem aproximada de 2% de reações tipo pirogênico e 3% de reações alérgicas. Não foram observadas reações de tipo hemolítico ou de outra natureza. Desde a sua fundação, isto é, desde 20 de outubro de 1946 o movimento total do Banco de Sangue do Sanatório São Lucas foi o seguinte: doadores 6 410, volume total de sangue citratado obtido 3 314 585 centímetros cúbicos e transfusões realizadas 5 352.

Outras Sociedades

Academia de Medicina de São Paulo, sessão de 2 de maio de 1956, ordem do dia: Tema analgesia obstétrica (parto sem dor). 1) Efeito neurológicos da anoxia intra-uterina — Dr. Domingos Delascio; 2) O demerol em analgesia obstétrica — Dr. José Roberto de Azevedo; 3) Fundamentos do parto sem dor pelo médico psicoprofilático — Dr. Bernardo Blay; 4) Exibição de um filme: Parto sem dor pelo método psico-profilático.

Sessão de 15 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Dr. Leovigildo Mendonça de Barros — Indicação e resultados de terapêutica com anti-coagulantes nas afecções coronárias; 2) Dr. Reynaldo Chiaverini — Emprego de anti-coagulantes na clínica cardiovascular; 3) Dr. Gastão Rosenfeld — Normas e considerações sobre o controle de laboratório na terapêu-

tica com anti-coagulantes — Comentar Dr. Dante Pavanese.

Associação Paulista de Medicina, Departamento de Anestesiologia, sessão de 30 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Primeiras impressões do surtil por via retal, em anestesia para crianças — Dr. Joaquim Mariano da Costa; 2) Anestesia em lábio leporino — O. S. Montenegro e A. Saviano.

Departamento de Cirurgia, sessão de 11 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Neo bexiga da ileo-ceco e esvaziamento pélvico ampliado no câncer — Dr. Azazel S. Leistner; 2) Considerações sobre o tratamento das hérnias inguiniais e crurais pela técnica de Anson-Mc-Vay — Drs. Saturnino Cintra Franco e Marcos Vis-

conti Neto; 3) Estudo crítico de enxertos ósseos para reconstrução da mandíbula — Drs. Paulo de Castro Correia, Aluísio de Oliveira Marcondes e Nelson de Assumpção Olyntho; 4) Reintervenção nas vias biliares — Dr. David Rosenberg.

Departamento de Cirurgia, sessão extraordinária em 23 de maio de 1956, ordem do dia: Simpósio sobre *Parada Cardíaca em Cirurgia* (Organizado em colaboração com o Departamento de Anestesiologia) — 1.ª parte: Bases etiopatogênicas, fisiopatológicas, diagnósticas e padronização do tratamento da parada cardíaca em cirurgia. Ponto de vista do cardiologista — Prof. Luiz V. Décourt; Ponto de vista do anestesista — Dr. Caio Pinheiro; Ponto de vista do cirurgião — Dr. Euryclides de Jesus Zerbini. 2.ª parte: Discussão de alguns tópicos passíveis de diferentes pontos de vista. Cardiologistas — Drs. Marcos Fábio Lion, Adauto Barbosa Lima e Cantídio de Moura Campos Filho. Perguntas: 1.ª) Qual o valor da injeção de adrenalina intracardíaca transtorácica na parada cardíaca? Deve ou não ser usada?

2.ª) Quais as drogas que aconselha na parada cardíaca e quais as vias de introdução? Endovenosa ou intracardíaca? Intraauricular ou intraventricular? Intraventricular D. ou E.? 3.ª) Quando se está autorizado a abandonar as manobras de ressuscitação? Anestesistas: Drs. Pedro Geretto, Antônio Pereira de Almeida e Alberto Caputo. Perguntas: 1.ª) Como se faz o diagnóstico de parada cardíaca durante a anestesia? 2.ª) Como se institue a boa ventilação pulmonar imediata a parada cardíaca? 3.ª) Qual o melhor tipo de desfibrilador e quais as características do choque elétrico? Cirurgiões: Drs. Arthur Domingues Pinto (convidado), Nairo França Trench e Hugo Fellipozzi. Perguntas: 1.ª) A massagem cardíaca transtorácica deve ser realizada intra ou extra-pericardicamente? 2.ª) A massagem cardíaca transabdominal deve ou não ser realizada? 3.ª) Qual a frequência que deve ser usada na massagem cardíaca? Comentários apoionais dos relatores — Prof. Luiz V. Décourt, Caio

Pinheiro e Euryclides de Jesus Zerbini. 3.ª parte: Debates entre os assistentes e os relatores e simposistas.

Departamento de Dermatologia e Sifilografia, conjunta com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, sessão de 11 de maio de 1956, ordem do dia: Tema: Da cirurgia plástica em dermatologia — Relatores Prof. João de Aguiar Pupo e Dr. Riberto Farina.

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, sessão de 28 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Da sutura uterina na operação cesárea — Dr. B. Neme; 2) Diabete insípido e gravídés — Drs. C. Giordano, M. Gebara, Rubens F. de Queiroz, Rubens Angelo e Ddo. Dib El Kadre; 3) Tumor de Krukenberg — Drs. Armando Dellivenneri e Caetano Giordano.

Departamento de Hematologia e Hemoterapia, sessão de 7 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Dr. Humberto Costa Ferreira — Experiência com método micro hematócrito; 2) Drs. Domingos de Cillo, Albino Amaral e Michel Abu Jamra — Displasia fibrosa com relação com mieloma múltiplo de outras condições a fim.

Departamento de Medicina, sessão de 21 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Hipoglicemia funcional. Considerações sobre três casos — Drs. Luciano Décourt e David Rosenberg; 2) Avaliação terapêutica da Prednisona em "Afeções difusas do colágeno" — Drs. Wilson Cossermelli, Sérgio Diogo Giannini, Matheus Paléo Netto e Luís V. Décourt; 3) Provas serológicas para avaliação da atividade na artrite reumatóide: Determinação da mucoproteína expressa em tirosina — Drs. Wilson Cossermelli, Rubens Guimarães Ferri e Sérgio Ologo Giannini; 4) Conferência sobre "Colagêneses" — Dr. Reynaldo Chiaverini.

Departamento de Medicina, sessão extraordinária em 29 de maio de 1956, ordem do dia: Tema — Terapêutica das nefropatias: 1) Da glo-

merulonefrite aguda difusa — Dr. Emilio Mattar; 2) Das pielonegrites agudas e crônicas — Dr. José de Barros Magaldi; 3) Da insuficiência renal aguda — Dr. Magid Iunes; 4) Da insuficiência renal crônica — Dr. Ismael Nussenzeig.

Departamento de Medicina do Trabalho, sessão conjunta com a Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho e com o Departamento de Urologia, em 28 de maio de 1956, ordem do dia: Tema — A ptose renal e o trabalho: 1) O que pensa o urologista — Prof. Geraldo de Campos Freire; 2) O que pensa o clínico geral — Dr. Ulysses de Andrade e Silva; 3) O que pensa o legista — Prof. Armando Amado Ferreira; O que pensa o médico de fábrica — Dr. Diogo Pupo Nogueira.

Departamento de Neuro-psiquiatria, sessão de 7 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Decorticação do lobo orbitário e desordens instintivas — Drs. Spartaco Vizotto e Affonso Sette Júnior (Nota prévia); 2) Resultados da dosagem do cálcio no líquido cefalorraquidiano antes e após a ionização transcerebral — Drs. José Antônio Levy e Hélio Lemmi; 3) Malformações artério-venosas congênitas do território da artéria vertebral — Dr. Paulo Mangabeira Albernez Filho.

Departamento de Oftalmologia, sessão de 18 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Anatomia dos músculos oblíquos — Prof. Olavo M. Calasans (convidado); 2) Sobre a correção do artigmatismo determinado pela catarata fenil encipiente — Dr. Jorge Alberto Fonseca Caldeira.

Departamento de Otorinolaringologia, sessão de 17 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Granuloma eosinófilo da face — Dr. Manoel Haroldo Bastos; 2) Um caso de granuloma eosinófilo — Drs. Drs. Antônio Corrêa, Luiz Silva Frenre e L. Paiva; 3) Remissão das lesões ósseas em 4 casos de granuloma eosinófilo tratados com hormônio adreno córtico trópico — Drs. A. Flosi, L. Assis, W. Bloise, Coelho e Ulhoa Cnitra.

Departamento de Proctologia, sessão de 8 de maio de 1956, ordem

do dia: Tema Megacolon. 1) Etiopatogenia — Dr. Arrigo Raia; 2) Megacolon na infância — Dr. Virgílio Alves de Carvalho Pinto; 3) Cirurgia do megacolon — Dr. Daher E. Cutait.

Departamento de Pediatria, sessão conjunta com o Departamento de Radiologia e Eletricidade Médica, em 14 de maio de 1956, ordem do dia: Simpósio — Criança vomitadora. 1) Aspectos pediátricos — Dr. Azarias de Andrade Carvalho; 2) Aspectos radiológicos — Dr. Fernando Chammás; 3) Aspectos cirúrgicos — Dr. Roberto Vilhena de Moraes — Comentários — Prof. Pedro de Alcântara.

Departamento de Urologia, sessão de 25 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Hematuria pelo Dicumerol — Dr. Augusto A. Motta Pacheco; 2) A nossa experiência com a aortografia translombar — Prof. Geraldo de Campos Freire, Drs. E. Cotrim e Cristovão Ferreira de Sá; 3) Ileocistoplastia — Prof. Rodolpho de Freitas e Afiz Sadi.

Departamento de Moléstias Pulmonares, sessão de 23 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Exame funcional dos pulmões pelo método espirográfico antes e depois da lobectomia; Estudo comparativo com a toracoplastia — Dr. Carlos Ary Machado; 2) Considerações sobre o câncer do pulmão em Dispensários de Tuberculose — Dr. Mozart Tavares de Lima Filho.

Associação Paulista de Moléstias Pulmonares, sessão de 15 de maio de 1956, ordem do dia: Infarto do pulmão — prof. José Ramos Júnior.

Centro de Estudos Franco da Rocha, sessão de 30 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Leitura da ata da reunião anterior; 2) Leitura do expediente; 3) Encerramento do Curso de Cirurgia de Urgência com a conferência sobre Bases imunobiológicas do abdome agudo — Prof. Walter Edgard Maffei.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 22 de maio de 1956, ordem do dia: Medicina psicosomática

AMPLICTIL

Largactil - 4560 RP - Clorpromazina

Apresentada em França sob o nome original de LARGACTIL, a clorpromazina é fabricada em outros países, com licença de Rhône-Poulenc-Spécia, sob as seguintes marcas registradas:

AMPLIACTIL, na Argentina

AMPLICTIL, no Brasil

HIBERNAL, na Suécia

MEGAPHEN, na Alemanha

THORAZINE, nos Estados Unidos da América

WINTERMIN, no Japão



NEUROPSIQUIATRIA

Hiperexcitabilidade

Excitação maníaca

Psicoses agudas excitomotoras

Psicoses crônicas alucinatórias ou interpretativas

Estados confusionais

Esquizofrenia



COMPRIMIDOS

Frascos de 10, de 30 e de 250, dosados a 25 mg

Frasco de 125, dosados a 100 mg, para uso psiquiátrico

AMPOLAS

Caixas de 5 e de 25 de 5 cm³, dosadas a 25 mg, para injeções intramusculares

Caixas de 5 e de 25 de 2 cm³, dosadas a 50 mg, para injeções intravenosas

GOTAS

Frasco de 10 cm³, de solução a 4 %



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

aplicada à oftalmologia — dr. Alcides Savério Blois.

Hospital Modêlo, sessão de 17 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Fase maligna da doença hipertensiva. Tratamento pelo Hyphex; 2) Febre tifóide — evolução anômala; 3) Discussão de outros casos.

Maniconio Judiciário, sessão de 4 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Assalto praticado por um esquizofrênico em período pré-clínico — dr. Julião Vaquero Rodrigues; 2) Furtos reincidentes praticados por uma personalidade psicopática — dr. Raphael de Mello Alvarenga.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 11 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Quiroprática no tratamento de um ciênciã tibetana — Dr. Paul Bourgeix; 2) A hérnia discal e seu tratamento — Dr. João de Vicenzo;

Eduardo Pires de Carvalho — Disco-
grafia; Paulo Canton — Cirurgia da
hérnia discal; Dr. Manoel Sanches
— Exploração das vias biliares.

Sessão conjunta com o Departamento de Proctologia da Associação Paulista de Medicina, em 25 de maio de 1956, ordem do dia: 1) A importância clínica dos subgrupos do fator Rh — Drs. Ademar Albano Russi e Oswaldo Melone; 2) Fístulas anoretais — Dr. Waldemiro Nunes; 3) Câncer do reto e da sigmóide — Dr. Adalberto Leite Ferraz.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sessão de 15 de maio de 1956, ordem do dia: 1) Dr. J. Rodrigues de Mereje — A legítima defesa; 2) Profs. Flaminio Fávero e Arnaldo Amado Ferreira — Interessante caso de exclusão de paternidade.

IMPrensa Médica de São Paulo

Sumário dos últimos números

Boletim de Higiene Mental, Ano XIII, n.º 138, janeiro de 1956. Função psicohigiénica da arte — Dr. Benedito Arthur Sampaio (conclusão): O neurótico e a criança — Dr. Horácio Belfort de Mattos.

Neuronio, Vol. XVII, n.º 1, 1.º Trimestre de 1956. Novos resumos da psiquiatria forense (Prêmio Internacional Afrânio Peixoto, de 1955) — J. Madeira Neves; A Eutanásia não é o Direito de Matar — (Em homenagem ao Prof. F. Fávero por ocasião do seu jubiléu) — Dr. Mário Otobrin Costa e Dra. Lillian Otobrin Costa Sucena.

Pediatria Prática, Vol. XXVII, n.º 3, março de 1956. Afecções do sistema biliar extra-hepático, de marcha crônica na infância. Sua ocorrência na prática (colecistopatias na infância) — Alvaro Murce: Diarréia do recém-nascido — J. C. Soares Bi-

cudo, Antonio Corrêa e Augusto Tau-nay: Perspectivas psicossomáticas em pediatria — Gilberto de Macedo; Moléstias de Hirschspring (atualização); Resumos selecionados.

Publicações Médicas, Ano XXVI, n.º 192. Nossa experiência com a hibernação artificial (Bionascose) — Ennio Botelho Perrone; Técnica simplificada da anestesia potencializada — José Finocchiaro; Tratamento da malária humana nas suas diversas fases de desenvolvimento — David Coda; Aerosóis de um anti-histamínico sintético (2786 RP) no tratamento do coqueluche — A. Biron; Associação de terapêutica neurológica no tratamento cirúrgico de um caso de traumatismo craniano grave — Cura. — Dante Pampanelli.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XVI, n.º 3, março

de 1956. As localizações oto-rino-laringologias das míases — Prof. Octacílio de Carvalho Lopes; Tumor Misto da parótida — M. Haroldo da Silva Bastos.

Revista Paulista de Hospitais, Ano IV, n.º 2, fevereiro de 1956. Laboratório de Análise de um Centro de Saúde — P. C. Castro; Hospitais da Suíça — Leonídio Ribeiro; O Assistente social e o seguimento médico — Irm. Maria Celeste Fernandes; História da Medicina no Brasil — O dia da profissional da Medicina nos tempos coloniais — Drs. Lycurgo Santos Filho; Subvenção para o exercício de 1955 a Instituição hospitalares; Conclusões do Congresso de Baurú; Corpo clínico do Serv. de Assistência Médica do I. A. P. C.; Plano para a instalação de hospitais de psiquiatria no Est. de São Paulo — Dr. Eduardo Guedes Casimiro, Dr. Nelson Cortez Vieira; Finalidades da A. P. H.; O hospital centro de aprendizagem e treinamento — Celina de Arruda Camargo; O vírus da poliomielite; Instituições de Medicina nos Estados Unidos; O diretor do Hospital deve ser leigo ou médico? — Dr. Humberto Ballariny; A farmácia

do futuro; A organização dos serviços de limpeza; Boletim da A. P. H.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 48, n.º 1, janeiro de 1956. Tratamento dos acidentes vasculares cerebrais agudos não hemorrágicos. Considerações sobre 260 casos tratados pelo bloqueio do gânglio estrelado. — Paulino W. Longo e Jorge Armbrust-Figueiredo; Tromboflebitis cerebrais no puerpério. A propósito de 6 casos — Osvaldo Freitas Julião, Horácio M. Canellas, J. Onofre Araújo e Bussamara Neme; Aneurismas intracranianos. Hemorragias subaracnóideas — Roberto Melaragno Filho; Cisticercose do sistema nervoso central. Considerações sobre 50 casos — A. Spina França; Reeducação dos movimentos nas paraplegias crurais — Abrão Anghinah. Atualizações: A terapêutica química e biológica atual da meningoencefalite tuberculosa difusa. Contribuição da experiência dos Serviços Especializados de São Paulo — Dr. José Lamartine de Assis; Guia para o tratamento das meningites purulentas — J. M. Taques Bittencourt; Neuralgia essencial do trigêmeo. Atualização da terapêutica cirúrgica — Rolando A. Tenuto.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Faculdade de Medicina de São Paulo

Comemoração da passagem do 43.º aniversário. — A Faculdade de Medicina de São Paulo, criada em 1913, comemorou no dia 2 de abril p., a passagem do seu glorioso 43.º aniversário, cercada do respeito, da estima e da admiração da população paulista. É que ela, por primeiro, aqui, foi semente pródiga dos leais ensinamentos hipocráticos, de cuja honestidade se fez a mais rígida e solene divulgadora da arte de ensinar a curar e aliviar a dor do próximo. Quarenta e três anos são passados da aula inaugural professada pelo saudoso mestre Edmundo Xavier, na sede provisória da Faculdade, na Es-

cola Politécnica. E na comemoração da grata efeméride, que este ano se reveste de caráter todo especial, vale a pena rememorar o seu histórico, os seus primeiros passos. Mas antes de entrarmos nesse heróico histórico, devemos dizer porque este ano a comemoração tem caráter especial. É que hoje, 2 de abril, em sessão solene, com uma aula inaugural dada pelo jovem mestre Carlos da Silva Lacaz, no teatro da Faculdade, os veteranos receberão, festivamente, os calouros de 1956, conferindo-lhes o clássico diploma de "bicho", em substituição ao "trote", com cabeça raspada, cara pintada, farinha, pixe e nudez ri-

dícila e imoral. Os veteranos da nossa Faculdade de Medicina dão o exemplo, que esperamos tenha seguidores, transformando-se, assim, a recepção dos calouros em verdadeira festa, onde governará o espírito e a graça acadêmica.

A aula inaugural com festa de recepção será hoje, às 20 horas, no teatro da Faculdade de Medicina. O programa é o seguinte:

1 — Abertura da solenidade pelo prof. Jayme A. A. Cavalcanti, diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2 — Entrega de diploma aos calouros; 3 — Saudação do Centro Acadêmico aos Calouros; 4 — Oração do representante dos calouros; 5 — Aula inaugural proferida pelo prof. Carlos da Silva Lacaz, catedrático da cadeira de Microbiologia e Imunologia da Faculdade de Medicina da U. S. P.

HISTÓRICO DA FUNDAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA

Em 24 de novembro de 1891 foi sancionada pelo presidente Américo Brasiliense de Almeida Mello, e referenciada pelo secretário do Interior, Carlos Augusto de Freitas Villalva, a lei n.º 19, que criou uma Academia de Medicina, Cirurgia e Farmácia, na Capital do Estado de São Paulo, lei essa que não teve pronta execução.

Vinte e um anos depois, aos 19 de dezembro de 1912, a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo foi estabelecida pela lei n.º 1357, assinada pelo presidente Francisco de Paula Rodrigues Alves e pelo secretário do Interior Altino Arantes. Tendo o seu regulamento baixado com o decreto n.º 2344 de 31 de janeiro de 1913, a lei entrou logo em vigor.

Para completar as disposições desse regulamento, no que se refere ao provimento do corpo docente, foi, em 27 de fevereiro de 1919, expedido o decreto n.º 3032 que aprovou o regulamento para os concursos.

Estas leis e o primeiro regulamento ficaram em vigor até 31 de dezembro de 1925. Em 1.º de janeiro de 1926

entrou em execução o decreto n.º 3874 de 11 de julho de 1925 que "reorganiza a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e dá outras providências".

Por determinação do decreto acima, foi organizado o primeiro regimento interno da Faculdade, aprovado pela Congregação em sessão de 21 de outubro de 1925 e pelo secretário do Interior por ato de 17 de abril de 1926.

Em 31 de dezembro de 1928 baixou a lei n.º 2355 que reorganizou a Faculdade.

O decreto n.º 5351 de 16 de janeiro de 1932 adaptou o ensino da Faculdade ao regime federal de equiparação, estabelecido pelo decreto n.º 6283 de 25 de janeiro-julho de 1931.

A Faculdade foi integrada na Universidade de São Paulo pelo decreto n.º 6283 de 25 de janeiro de 1934.

Em 6 de abril de 1935 foi expedido o decreto n.º 7065 que aprovou o regulamento da Faculdade ainda em vigor.

Além dessas leis e regulamentos referentes à organização e reorganização do ensino médico oficial em São Paulo, outras existem, complementares, como a de n.º 1504 de 17 de outubro de 1916 que autorizou a construção de um prédio para a Faculdade, a de n.º 2016 de 26 de dezembro de 1924, que criou o regime de tempo integral para o pessoal docente, e a de n.º 2124 de 30 de dezembro de 1925 que autorizou a abertura de crédito especial para a construção de um hospital de clínicas.

OFICIALIZAÇÃO FEDERAL

A Faculdade de Medicina de São Paulo foi reconhecida oficialmente pela Lei Federal n.º 4615 de 7 de dezembro de 1922, sancionada pelo presidente Arthur Bernardes e referendada pelo ministro da Justiça João Luiz Alves. É o seguinte o artigo 1.º dessa lei especial: "são reconhecidos como de caráter oficial, em todo o território da União, para todos os efeitos, os diplomas conferidos pela Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo".



PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.



Em 18 de janeiro de 1932, baixou o decreto federal n.º 20 955, revogando esse reconhecimento, diante do decreto estadual n.º 5 351 que atendeu às disposições federais sobre o ensino médico.

O decreto federal n.º 39 de 3 de dezembro de 1934 aprovou os estatutos da Universidade de São Paulo que baixaram com o decreto estadual n.º 6.533, modificando em alguns pontos.

INSTALAÇÃO DOS CURSOS — ORGANIZAÇÃO INICIAL

O primeiro ato do governo para pôr em execução a lei n.º 1 357 de 19 de dezembro de 1912, que estabeleceu o curso da Faculdade de Medicina, foi a nomeação do dr. Arnaldo Vieira de Carvalho para o cargo de diretor da nova escola, e isto por decreto de 7 de janeiro de 1913.

O dr. Arnaldo prestou compromisso perante o secretário do Interior em 9 de janeiro, entrando logo no exercício do seu cargo, propondo ao governo a nomeação dos primeiros funcionários administrativos e membros do corpo docente.

Em data de 12 de fevereiro de 1913, o dr. Edmundo Xavier foi nomeado lente catedrático de física médica; o dr. Celestino Bourroul substituiu da 1.ª Secção (física médica e história natural), o dr. Raphael Penteado de Barros preparador de física médica e o dr. Léo Lopes de Oliveira preparador de história natural médica.

A primeira sede provisória da Faculdade foi instalada na Escola de Comércio "Alvares Penteado", cedida pela sua diretoria. Aí tiveram lugar as primeiras inscrições para exames de admissão, de 14 a 21 de fevereiro, processando-se os exames a partir de 17 do mesmo mês. Inscreveram-se 160 candidatos, conseguindo aprovação apenas 72.

Após esses exames, abriram-se as matrículas a 26 de fevereiro, encerrando-se a 11 de março. Matricularam-se 180 alunos, dos quais com exame de admissão de todas as séries,

pelo Ginásio do Estado, 16; diplomados em ciências e letras, 9; bacharéis em direito, 20; diplomados em ciências e letras por ginásios equiparados, 103; diplomados pela Escola Normal da Capital, 22; transferidos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 8; e diplomados pela Escola Politécnica, 2.

O início dos cursos deu-se na Escola Politécnica onde se instalaram, por oferecimento do seu diretor, dr. Antônio Francisco de Paula Souza, as cadeiras de física e química médica, aulas a cargo do dr. Edmundo Xavier, que foi encarregado, também, da regência da segunda.

No dia 2 de abril de 1913, às 9,30 horas, no anfiteatro de física daquele estabelecimento, com a presença dos drs. Altino Arantes, secretário do Interior, Oscar Rodrigues Alves, secretário da Presidência, Paula Souza, diretor da Escola Politécnica e Arnaldo Vieira de Carvalho, entre outros, foram abertos os cursos da nova Faculdade, com a aula inaugural de física médica, realizada pelo prof. Edmundo Xavier.

No dia seguinte, na Escola de Comércio "Alvares Penteado", o dr. Celestino Bourroul iniciou o curso de história natural médica, investido, como substituto, da regência da cadeira para que foi contratado o prof. Emílio Brumpt, da Faculdade de Medicina de Paris, e que só veio assumir o cargo a 21 de fevereiro.

No decurso desse ano, foram nomeados, ainda, membros do corpo docente, o dr. João de Aguiar Pupo, preparador de química médica, por decreto de 14 de abril, e o dr. Guilherme Bastos Milward, lente catedrático de química médica, por decreto de 1.º de setembro.

Em 1913, funcionou o ano único do curso preliminar. Dos 180 alunos matriculados, se mantiveram na escola até o fim do ano, 70; 58 perderam o ano por faltas e 52 por serem suspenso por indisciplina. Dos 70 alunos que se apresentaram aos exames finais, 34 foram aprovados e 36 reprovados.

A 23 de março de 1914, a Faculdade passou a funcionar no prédio da rua Brigadeiro Tobias, 42, onde

ficou até março de 1931, quando se instalou em sua confortável sede definitiva.

Nessa ano de 1914 começou a funcionar o primeiro ano do curso geral, tendo sido nomeados, para esse fim, os seguintes membros do corpo docente: dr. João Aguiar Pupo, substituto da segunda secção (química médica, farmacologia e matéria médica, terapêutica experimental e clínica e arte de formular), dr. Sérgio de Paiva Meira Filho, substituto da terceira secção (anatomia descritiva, anatomia médico-cirúrgica, operações e aparelhos), dr. Ovídio Pires de Campos, substituto da sexta secção (fisiologia e patologia geral), dr. Geraldo de Paula Souza, preparador de química médica, dr. Aristides Galvão Guimarães, preparador de história natural médica, em substituição ao dr. Léo Lopes de Oliveira, que faleceu em 13 de setembro, dr. Benedicto Montenegro, preparador de anatomia descritiva, dr. Etheocles de Alcântara Gomes, preparador de fisiologia (primeira parte), dr. Filinto Haberbeck Brandão, preparador de farmacologia e matéria médica, todos por decretos de 2 de fevereiro; dr. Ascendino Angelo dos Reis, lente catedrático de farmacologia e matéria médica, por decreto de 5 de fevereiro.

Foram, neste mesmo ano, contratados mais dois professores estrangeiros: o dr. Affonso Bovero, da Universidade de Turim, para reger a cadeira de anatomia descritiva, e o dr. Lambert Mayer, da Faculdade de Nancy, para a cadeira de fisiologia.

O prof. Bovero assumiu a cadeira em 25 de abril, e o prof. Lambert em meados do mesmo mês, tendo os respectivos cursos, até essa época, ficado a cargo dos substitutos.

Em 5 de agosto de 1914, em virtude da conflagração européia, deixaram os seus cargos os professores contratados Emílio Brumpt e Lambert Mayer, sendo prosseguidos os cursos pelos respectivos professores substitutos.

Matricularam-se, em 1914, no ano único do curso preliminar, 101 alunos, e, no primeiro ano do curso geral, 43 (34 promovidos anteriormente e 9 transferidos de outras

escolas). Desses, foram promovidos, respectivamente, para o primeiro ano do curso geral, 52, e para o segundo ano, 32.

Em 1915, entrou a funcionar o segundo ano do curso, geral, sendo nomeados, para esse fim, os seguintes membros do corpo docente: dr. Adolpho Corrêa Dias, preparador de anatomia descritiva (segunda parte), dr. José Garcia Braga, preparador de fisiologia (segunda parte), dr. João Maria Ayrosa Galvão, preparador de histologia, todos por decretos de 9 de fevereiro; dr. Celestino Bourroul, catedrático de história natural médica, dr. Ovídio Pires de Campos, catedrático de fisiologia, dr. Raphael Penteado de Barros, substituto da primeira secção; dr. Etheocles de Alcântara Gomes, substituto da sexta secção; dr. Oswaldo Pimentel Portugal, preparador de física médica e dr. Cantídio de Moura Campos, preparador de fisiologia (primeira parte), todos por decreto de 24 de maio.

Nesse ano foi contratado, a contar de 1.º de fevereiro, o prof. Affonso Bovero para, juntamente com a cadeira de anatomia descritiva, reger a de histologia.

Matricularam-se, em 1915, no curso preliminar, 62 alunos; no primeiro ano geral, 58 e no segundo geral, 32. Dêstes, foram providos, respectivamente, para o primeiro geral, 39; para o segundo geral, 40 e para o terceiro geral, 31.

Em fins de 1915, por não comportar mais o prédio da rua Brigadeiro Tobias, resolveu o governo arrendar, também, o prédio n.º 1 da mesma rua. Nesse prédio, depois de convenientemente adaptado, foram instaladas, no começo do ano seguinte, as cadeiras de histologia, anatomia e histologia patológicas e microbiológicas.

Em 1916, funcionou mais o 3.º ano do curso geral. Além dos dois prédios com que já contava a Faculdade, para os laboratórios, nasceu nesse ano a necessidade da instalação das clínicas, para o que se estabeleceu um acordo com a Mesa Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em virtude do qual esta

cedeu, para o ensino, várias enfermarias do seu hospital, à rua Cesário Motta n.º 2.

Foram nomeados, neste ano, os seguintes membros do corpo docente; dr. Sérgio de Paiva Meira Filho, catedrático de Anatomia Médico-Cirúrgica, Operações e Aparêlhos; dr. Domingos Rubião Alves Meira, catedrático de Clínica Médica (1.ª cadeira), Propedêutica; dr. Antônio Cândido de Camargo, catedrático de Clínica Cirúrgica (1.ª cadeira), Propedêutica; dr. João Paulo da Cruz Britto, catedrático de Clínica Oftalmológica; dr. Adolpho Carlos Lindenberg, catedrático de Clínica Dermatologia e Sifiligráfica; dr. Henrique Lindenberg, catedrático da Clínica Otorrinolaringológica; dr. Benedicto Montenegro, substituto da 3.ª secção; dr. João Maria Ayrosa Galvão, substituto da 4.ª secção (Histologia, Microbiologia, Anatomia e Histologia Patológicas); dr. Antônio de Almeida Prado, substituto da 8.ª secção (Clínica Médica, 1.ª, 2.ª e 3.ª cadeiras); dr. Affonso Regulo de Oliveira Fausto; substituto da 7.ª secção (Clínica Cirúrgica, 1.ª e 2.ª cadeiras); dr. Alvaro de Lemos Tórres, assistente de Clínica Médica (1.ª cadeira); dr. Zephirino Alves do Amaral, assistente de Clínica Cirúrgica, 1.ª cadeira; dr. José Pereira Gomes, assistente de Clínica Oftalmológica; dr. José Ataliba Ferraz de Sampaio, assistente de Clínica Dermatológica e Sifiligráfica; dr. Adolfo Schmidt Sarmento, assistente de Clínica Otorrinolaringológica; dr. Joaquim Pires Fleury, preparador de Microbiologia; dr. Adolpho Corrêa Dias Filho, preparador de Anatomia Médico-Cirúrgica, Operações e Aparêlhos; dr. Ludgero da Cunha Motta, preparador de Anatomia e Histologia Patológicas; dr. Luciano Gualberto, preparador de Anatomia Descritiva (2.ª parte), todos por decretos de 10 de fevereiro; dr. João Moreira da Rocha, preparador de Anatomia Descritiva (1.ª parte); dr. Diaulas de Souza e Silva, preparador de Histologia, ambos por decretos de 14 de março.

Para regerem as cadeiras de Anatomia e Histologia Patológicas e Microbiologia, foram contratados,

respectivamente, os drs. Walter Habberfeld e Antônio Carini, em 1.º de janeiro de 1918.

Matricularam-se em 1916: no curso preliminar, 90 alunos; no 1.º Geral, 51; no 2.º Geral, 39; no 3.º Geral, 32. Dêses, foram promovidos, respectivamente, para o 1.º Geral, 28; para o 2.º Geral, 44; para o 3.º Geral, 35; para o 4.º Geral, 30.

No ano de 1917 funcionou também o 4.º ano do Curso Geral, sendo nomeados membros do corpo docente os drs. Ovídio Pires de Campos, catedrático de Clínica Médica (2.ª cadeira), Patologia Interna; João Alves de Lima, catedrático de Clínica Cirúrgica (2.ª cadeira) Patologia Externa; Sylvio Azambuja de Oliveira Maya, catedrático de Clínica Obstétrica; Delfino Pinheiro de Ulhôa iCntra, catedrático de Clínica Pediátrica, Puericultura; Etheocles de Alcântara Gomes, catedrático de Fisiologia; Cantídio de Moura Campos, substituto da 6.ª secção; Tarcísio Leopoldo e Silva, assistente de Clínica Médica (2.ª cadeira); Raul Carlos Briquet, assistente de Clínica Obstétrica; Luiz M. de Rezende Puech, assistente de Clínica Pediátrica; Mário Egydio de Souza Aranha, preparador de Patologia Geral e Experimental; Raul Margarido da Silva, experimentados de Terapêutica Experimental e Clínica, Arte de Formular; Antônio de Paula Santos, preparador de Fisiologia (1.ª parte), todos por decretos de 17 de janeiro; e Oscar Cintra Gordinho, assistente de Clínica Cirúrgica (2.ª cadeira), por decreto de 21 de fevereiro.

Para reger a cadeira de Patologia Geral e Experimental foi contratado na Itália o dr. Alexandre Donati, de Turim, em data de 21 de agosto. O curso foi iniciado, antes a 12 de março, pelo prof. Antônio Carini, que deu as respectivas aulas no prédio da rua Brigadeiro Tobias, n.º 1, sendo que a 17 de setembro assumiu a regência da mesma o prof. Donati.

Neste ano, por funcionar o curso da Clínica Obstétrica, entrou a Ralidade em acôrdo com a diretoria da Maternidade, sendo aí instalada a cadeira.



*A cruz "Bayer"
é mundialmente
conhecida.*

VITAMINA B₁₂ »Bayer«

nas doses de 500 e 1.000 microgr. para o tratamento de
neuralgias, atraso de crescimento, distúrbios metabólicos dos
velhos, colites crônicas, intoxicações gravidicas, intoxicações
por metais pesados.

CAMPOLON

extrato integral do fígado
com 6 microgr. Vitamina B₁₂ por cm³

VIA INTRAMUSCULAR

na anemia perniciosa e
nas anemias secundárias

VIA ENDOVENOSA

em diluição (1:5) de glicose ou levulose
na cirrose hepática
nas afecções do parênquima hepático.

★

A CHIMICA »Bayer« Ltda.

Rio de Janeiro — Rua Dom Gerardo, 42
São Paulo — Praça Carlos Gomes, 120/122 — Cx. postal, 1906

★

Representante exclusivo da Seção Farmacêutica da
FARBENFABRIKEN BAYER A. G.,
LEVERKUSEN — ALEMANHA

Em 1917, matricularam-se no Curso Preliminar, 52 alunos; no 1.º Geral, 33; no 2.º Geral, 48; no 3.º Geral, 38; no 4.º Geral, 28. Desses, foram promovidos, respectivamente, para o 1.º Geral, 41; para o 2.º Geral, 31; para o 3.º Geral, 44; para o 4.º Geral, 32; e para o 5.º Geral, 28.

Em 1918, foi instalado, finalmente, o 5.º ano do Curso Geral, sendo nomeados os seguintes membros do Corpo Docente: dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, catedrático de Clínica Ginecológica, por decreto de 14 de janeiro, drs. Francisco Borges Vieira, preparador de Higiene, Geraldo de Paula Souza, substituto da 5.ª secção (Higiene e Medicina Legal), Raul Vargas Cavalheiro, preparador de Química Médica, José Ayres Netto, assistente de Clínica Ginecológica, Pedro Dias da Silva, preparador de Medicina Legal, todos por decretos de 27 de fevereiro; Francisco Vieira de Moraes, assistente de Clínica Psiquiátrica e de Moléstias Nervosas, por decreto de 24 de abril.

Para o funcionamento da cadeira de Higiene foi estabelecido um acordo, datado de 9 de fevereiro, entre o Governo e a Junta Internacional de Saúde (International Health Board) para a organização de um departamento de Higiene, sendo indicado para esse fim, pela mesma Junta, o dr. Samuel T. Darling. O curso de Higiene teve início a 6 de abril no prédio n.º 45 da rua Brigadeiro Tobias, pertencente à Baronesa de Piracicaba, que cedeu mediante arrendamento firmado com a Faculdade.

A cadeira de Medicina Legal foi entregue ao prof. Oscar Freire de Carvalho, catedrático desta disciplina na Faculdade de Medicina da Bahia, e que mediante autorização do ministro do Interior, foi posto à disposição do Governo do Estado, com o qual firmou contrato por 2 anos, em data de 10 de abril. A aula inaugural da cadeira realizou-se, por este professor, a 18 de abril, no salão de conferências do Instituto de Higiene, onde ainda tiveram lugar mais algumas aulas, até a transferência da cadeira para dependências do Laboratório Anátomo-Patológico da Santa Casa.

Foi contratado em data de 10 de abril, para, por tempo indeterminado, reger a cadeira de Clínica Psiquiátrica e de Moléstias Nervosas, o dr. Francisco Franco da Richa, diretor do Hospício de Alienados de Juqueri. Parte do curso realizou-se no Hospício de Juqueri, por algum tempo no Recolhimento de Dementes das Perdizes, no largo das Perdizes, e parte no Laboratório Anátomo-Patológico da Santa Casa.

Neste ano funcionou, ademais, na Santa Casa, a cadeira de Clínica Pediátrica, cujo curso não se realizou em 1917, por ter sido a mesma transferida, por decreto de 6 de março de 1918, do quarto para o quinto ano geral.

Matricularam-se em 1918, no curso preliminar 60 alunos; no 1.º Geral, 41; no 2.º Geral, 33; no 3.º Geral, 49; no 4.º Geral, 32; no 5.º Geral, 28.

Desses, foram promovidos, respectivamente, para o 1.º Geral, 43; para o 2.º Geral, 36; para o 3.º Geral, 23; para o 4.º Geral, 36; para o 5.º Geral, 32. Concluíram o curso, 27, que, solenemente, receberam o grau em 28 de fevereiro de 1919, tendo o dr. Arnaldo Vieira de Carvalho como paraninfo. Assim ficou organizada a Faculdade de Medicina com a instalação de todos os seus cursos.

PRIMEIRA TURMA DIPLOMADA EM 1918

- 1) Benedicto Oscar de Carvalho Franco; 2) Benjamin Reis; 3) Sebastião Comparato; 4) José dos Passos da Silva e Cunha; 5) Delia Ferraz; 6) Flaminio Fávero; 7) Horácio Figueiredo; 8) Floriano Smith Bayma; 9) José Ferreira Santos; 10) João Procópio; 11) Simeão dos Santos Bomfim; 12) Ernesto de Campos; 13) Odette Nora de Azevedo Antunes; 14) Altino Augusto de Azevedo Antunes; 15) Ernesto de Souza Campos; 16) Sebastião Ozório de Azevedo Antunes; 17) João Batista Brasiliiano; 18) Messias da Fonseca; 19) Antônio Leopoldino Passos Júnior;

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucósio a 5 % com Vitaminas B₁, B₂ e PP.

Soluto de Glucósio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucósio em água destilada a 5 % e 10 %.

Em frasco de 500 e 1000 cm³

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio
(Solução de DARROW).

Em frasco de 250 cm³

Material para instalação de Bancos de Sangue :

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado)



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ.....: Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone : 46-1818
Caixa Postal 3.705 — Enderço Teleférico : "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias - Estado do Rio — Rua Campos, 543.

FILIAL.....: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 32-9626.
Enderço Teleférico : "BAXTER"

20) Sebastião de Camargo Calazans;
21) José de Toledo Piza; 22) José
de Toledo Mello; 23) Gumerindo
de Godoy; 24) Hinrique Dante de

Castro; 25) Octávio Pinto Ferraz;
26) Austin Ribeiro Villela; 27) Eu-
gênio Nogueira Ferraz; 28) Alfredo
Pujol Filho.

Sociedade Paulista de Leprologia

Diretoria para o bienio 1956-1957.

— Em sessão da Sociedade Paulista de Leprologia, realizada em 19 de março do corrente ano, foi eleita a nova diretoria que regerá os destinos daquela Sociedade e que ficou assim constituída:

Presidente:

Dr. Fernando Lecheren Alayon

Vice Presidente:

Dr. Argemiro Rodrigues de Souza

Secretário Geral:

Dr. José Celidônio Melo Reis Filho

Secretário:

Dr. Walter de Paula Pimenta

Tesoureiro:

Dr. Nestor Solano Pereira

CONGRESSOS MÉDICOS

II Jornada de Atualização Cirúrgica

Sua realização em São Paulo. — Realizar-se-á em São Paulo, no período de 6 a 9 de setembro, sob os auspícios do Colégio Americano de Cirurgiões, a Segunda Jornada de Atualização Cirúrgica. Os trabalhos do certame, como o próprio nome desta indica, terão por objetivo atualizar determinados problemas de cirurgia, divulgar conhecimentos novos, realizar demonstrações técnicas nos diversos serviços cirúrgicos e pôr os médicos, especialmente os do Interior, a par dos resultados obtidos nos diversos setores da moderna cirurgia.

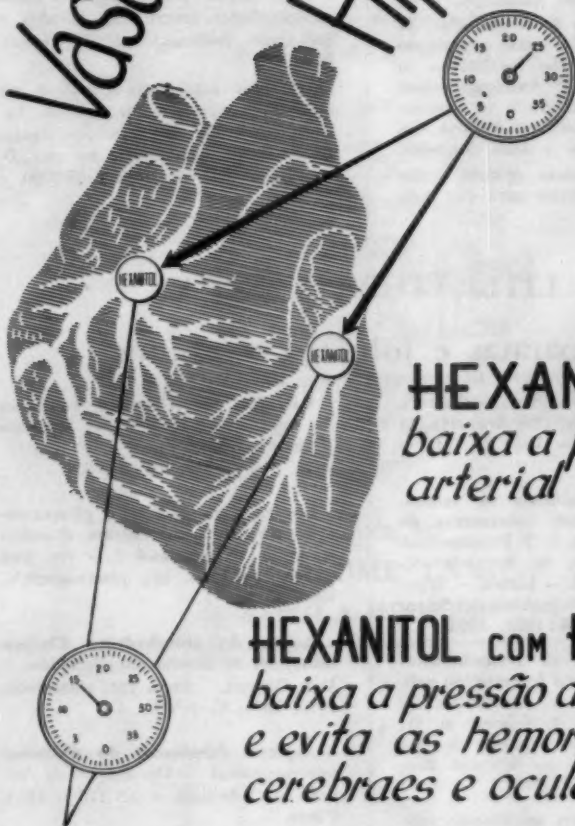
Poderão participar da Jornada todos os médicos interessados na atualização de temas cirúrgicos das seguintes especialidades: oftalmologia, otorrinolaringologia, endoscopia peroral, anestesiologia, clínica ortopédica e traumatológica, cirurgia urológica, ginecologia e obstetrícia, gastroenterologia, cirurgia do tórax, cirurgia

plástica, cirurgia pediátrica, neuro-cirurgia, cirurgia das moléstias vasculares e do simpático e cirurgia das glândulas endócrinas e do baço.

O Colégio Americano de Cirurgiões de que o prof. B. Montenegro é presidente honorário e o prof. Moacyr E. Alvaro governador possui um Capítulo em São Paulo, cuja diretoria executiva é a seguinte: presidente, prof. F. E. Godoy Moreira; vice-presidente, dr. Mário Ramos de Oliveira; secretário-tesoureiro, dr. Virgílio Carvalho Pinto; Conselho Deliberativo: dr. Euríclides J. Zerbini, prof. J. B. Medina e dr. Eurico Branco Ribeiro.

Informações podem ser obtidas na Secretaria do Colégio Americano de Cirurgiões no Departamento de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pelo telefone: 80-8910 ou Caixa Postal, 2.921.

Vaso-dilatadores Hipotensores



HEXANITOL
*baixa a pressão
arterial*

HEXANITOL COM RUTINA
*baixa a pressão arterial
e evita as hemorragias
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda
Rua Tamandaré 777 Tel-364572
São Paulo

III Congresso Latino-Americano de Angiologia

Sua realização em Havana. — Realizar-se-á em Havana, Cuba, de 8 a 11 de novembro do corrente ano, o III Congresso Latino-Americano de Angiologia, sob os auspícios da Sociedade Internacional de Angiologia — Capítulo Latino Americano e da Sociedade Cubana de Angiologia. O programa científico está organizado de forma que serão focalizados os seguintes temas: 1) Anticoagulantes; 2) Aneurismas Arteriais e Artério-Venosos; 3) Trombose Venosa dos Membros Pélvicos e suas Sequelas.

Além desses temas oficiais, serão admitidos temas livres para que cada

associado possa fazer inscrição de trabalhos pessoais. Haverá quatro sessões para discussão de temas livres e estão programadas várias conferências.

Participarão desse Congresso todas as sociedades americanas, filiadas à Sociedade Internacional de Angiologia.

Melhores informações podem ser obtidas na secretaria do Capítulo Latino-Americano da Sociedade Internacional de Angiologia, na rua D. Veridiana, 661 (telefones 35-9700 e 34-4444).

LITERATURA MÉDICA

Separatas e folhêtos recebidos

Sobre os tumores grânulo-celulares. — Dr. Daniel Serrão — Separata da Folia Anatômica — Vol. XXVIII — n.º 9.

Anesthésie d'animaux de laboratoire aux solutions concentrées de chloralose dans le 1, 2 Propanediol. Drs. A. Malafaya, M. Sobrinho Simões e W. Oswald — Lisboa — Separata de Archives Portugaises des Sciences Biologiques, 148: 1925, 1954.

Effets inhibiteurs de l'amobarbital et du thiopental sur la secretion salivaire. — Drs. J. A. Guimarães, A. Malafaya-Baptista, J. Garrett et W. Oswald — Lisboa — Separata des Archives Portugaises des Sciences Biologiques, 148: 1927, 1954.

Etudes des effets inhibiteurs salivaires des barbituriques par la technique de Bulbring et Dawes. — Drs. A. Malafaya-Baptista, J. A. Guimarães, J. Garrett e W. Oswald — Lisboa — Archives Portugaises des Sciences Biologiques, 148: 1930, 1954.

Variações musculares e anatomia de superfície. — Dr. Abel Sampaio Tavares — Coimbra — Folia Anatômica, Vol. XXIX, n.º 2, 1954.

Contribution à l'étude pharmacodynamique du chlorhydrate d'aminocaprolactame 6, méthyl 2, heptanol 2. — Dr. José Garrett — Arch. int. pharmacodyn., 1954, C, n.º 1.

Action du chlorhydrate d'heptaminol sur la diurèse chez le chien. — José Garrett. Arch. int. pharmacodyn., 1954, C, n.º 1.

Aspectos funcionais do síndrome adreno-genital. — Dr. Ignacio de Salcedo — O Médico — n.º 173 — 1954. Porto.

A nossa experiência do tratamento da meningite tuberculosa pela Isoniazida. — Drs. Fonseca e Castro e Aires Pereira e Crucho Dias — Porto — Imprensa Portuguesa, 1954.

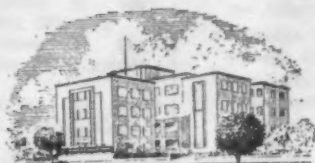
ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica mensal fundada em 1913 sob a direção dos Drs.:

ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO,
VITAL BRAZIL e DIOGO DE FARIA

Editada sob a direção do
DR. ADEMAR NOBRE

pelo



Sanatório São Lucas

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

INDICE DO
VOLUME LXXI
(JANEIRO A JUNHO DE 1956)

São Paulo Editora S/A., imprimiu
1956

ANALYTICAL
MEDICINE & CIRCUIT

The following is a list of the principal diseases of the human system, and the means of their prevention and cure, as far as they are known to the human mind. The diseases are arranged in alphabetical order, and the means of their prevention and cure are given in a separate column.

The diseases are arranged in alphabetical order, and the means of their prevention and cure are given in a separate column.

The diseases are arranged in alphabetical order, and the means of their prevention and cure are given in a separate column.

The diseases are arranged in alphabetical order, and the means of their prevention and cure are given in a separate column.

The diseases are arranged in alphabetical order, and the means of their prevention and cure are given in a separate column.

ÍNDICE GERAL DO VOLUME LXXI

JANEIRO A JUNHO DE 1956

Os trabalhos originais na íntegra são assinalados em negrito>

A

- Academia de Medicina de São Paulo, 220, 226, 304, 310, 452.
- Academia de Medicina de São Paulo — A medicina como profissão de Fé —, 227.
- Academia de Medicina de São Paulo — Posse do Dr. Domingos Delascio —, 310.
- Acidente hemolítico devido à presença de anticorpos anti-Hr^r (anti-C) no soro do paciente —, 362.
- Acidente de trabalho. Seguro contra —, 377.
- Acrodínia infantil —, 440.
- Actinomicose cérvico-facial pelo actinomyces brasiliensis —, 494.
- ALBERNAZ FILHO (Paulo Mangabeira) e Pimenta (Aloysio Mattos) — Aspectos neurocirúrgicos da criptocose —, 381.
- ALBERNAZ FILHO (Paulo Mangabeira) e Zukerman (Elíova) e Longo (Rosa Helena) — Eletrencefalografia no diagnóstico dos hematomas durais —, 383.
- ALCODOAL (Francisco) — Progressos terapêuticos —, 297.
- ALMEIDA (Floriano Paulo de) — Comentários gerais sobre a criptocose —, 380.
- AMATO NETO (Vicente) e Corrêa (Marcelo O. A.) — Tratamento da ascaridíase pelo hidrato de piperazina —, 365.
- Amebíase. Úlcera perforada e —, 215.
- AMORIM (Moacyr de Freitas) e Pasqualucci (Mário E. A.) — Lesões do sistema nervoso central na torulose. —, 381.
- Ancilostomose —, 425.
- ANDRADE (J. Dirceu) — Sinfisiotomia em cabeça derradeira —, 19.
- Aneurisma cirsoide e fistula artério-venosa congênita —, 121.
- Angiografia cerebral. Persistência da anastomose carótida-basilar. A propósito de um caso revelado pela —, 382.
- Angiografia vértebro-basilar retrógrada —, 382.
- Apêndice cecal; considerações em torno de um caso. Divertículo do —, 173.
- ARAUJO (Dirceu) — Nevrite Leprótica —, 218.
- Artéria mesentérica inferior acima da cólica esquerda no câncer do colon esquerdo e reto, no megacolon e na retite estenosante. Ligadura da —, 251.
- ARROXELLAS (Clovis de) — Entrelaçamento de hidátides de Morgagni —, 218.
- Ascaridíase pelo hidrato de piperazina. Tratamento da —, 365.
- ASSIS (Lício Marques de) — Terapêutica das nefroses —, 373.
- Associação Paulista de Medicina, 220, 304, 347, 387, 391, 433, 452.
- Associação Paulista de Medicina — Entrega de diplomas —, 391.
- Associação Paulista de Moléstias Pulmonares —, 222, 389, 454.
- Assuntos de Atualidade —, 312, 399.
- ATHIÉ (Emílio), Fóz (Orlando) RAMOS (Oswaldo Luiz) — Aneurisma cirsoide e fistula artério-venosa congênita —, 121.

Atresia do exôfago com fístula traqueo-esofágica (Apresentação de um caso de anastomose primária extrapleural com sobrevida). O tratamento cirúrgico da —, 77.

AYRES (João Dias) — Impressões de uma viagem aos Estados Unidos —, 199.

B

BACILA (Victor), REIFF (Theófilo Stamat) e RIBEIRO (Eurico Branco) — Divertículo do apêndice cecal; considerações em torno de um caso —, 173.

BAISTROCCHI (Dante), PERES (Manuel Cuenca) COTTONARO (Carlos A.) — Prolapso de mucosa gástrica em bulbo duodenal —, 131.

BARBAS F.^o (João Valente), CHAMMAS Fernando) — Osteomielite generalizada e de evolução insidiosa por provável ação do ACTH e do cortisone —, 139.

Barbosa (Jorge Fairbanks) — Aspectos clínicos do câncer da bôca —, 433.

Barbosa (José Eugênio de Rezende) — Conduta diagnóstica na surdo-mudez —, 434.

BASSOI (Orlando Natale), GOMES (Luiz Florêncio de Salles) e PATRÍCIO (Luiz Dias) — Um caso de eczema vaccinatum com localização estrita das lesões —, 366.

BEDRIKOW (Bernardo) Conceito de medicina Industrial —, 376.

BEI (Antônio) e REIA (João Baptista dos) — Diagnóstico da criptococose pelo exame líquido cefalorraqueano —, 381.

BELLIBONI (Norberto) — Caso de esporotricose tratado pelo dietilestilbestrol —, 356.

BELLIBONI (Norberto) — Verrucose extensa. Considerações a respeito de dois casos —, 356.

BERGARA Carlos) — Tratamiento de ciertos casos de litiasis de la glándula submaxilar por la extirpación del conducto de Wharton —, 73.

BICUDO NETO (Feliciano), LORENZO (João de), SMANIO (Trieste), MONTAGNANA (Dante) — Gastroduodenectomia parcial com fechamento do duodeno por laminação —, 159.

Blastomycose ou doença de Jorge Lobo. Corpos asteróides na —, 354.

BOSCARDIN (Moacyr) — II Congresso da Secção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões —, 215.

BOSCARDIN (Moacyr) — Úlcera perforada e amebíase —, 215.

BRAIER (Leonardo Oscar) e DEDEU (Ricardo Amasque) Vesícula fresa. (su tratamiento y importância de las disquinesias biliares asociadas), —, 69.

Brandi (Roberto), Silveira (Décio Fleury da), e Lopes (Oscar de Souza) — Novos da bacteriologia da tuberculose, em face dos antibióticos —, 447.

BROTTIC (Wilson) e JULIANO (Oswaldo Freitas) — Indiferença congênita generalizada, à dor —, 383.

C

Camargo (Flávio Pires de) — Orientação terapêutica do pé plano na criança —, 440.

Campos Filho (Pedro) — Prolapso do reto na criança —, 442.

Câncer da bôca. Aspectos clínicos do —, 433.

Câncer do cólon, reto a ânus. Aspectos clínicos do câncer do —, 442.

Câncer do fundo gástrico —, 218.

Câncer gástrico —, 218.

Câncer mamário. La exploración de la mamaria interna en el tratamiento del —, 63.

Câncer das pálpebras —, 433.

Câncer pélvico avançado. Tratamento do —, 216.

Câncer do reto —, 298.

CANELLAS (Horácio M.), TOLOSA (Adherbal), TENUTO (Lando A.), CRUZ (Oswaldo Ricciardi) — Compressões medulares provocadas por mielomas vertebrais —, 384.

CANELLAS (Horácio M.), ZACIAS (José), TENUTO (Rolando A.) e CRUZ (Oswaldo Ricciardi) — Malformações occipito-cervicais. A propósito de 20 novos casos —, 383.

Casos clínicos —, 302.

CASTELO BRANCO (Vitorino Prata) — A inseminação artificial e o Direito —, 358.

CELSON (Nilson Marcondes), OLIVEIRA (Edison) e LIMA (José Werneck) — Ligadura da artéria mesentérica inferior acima da cólica esquerda

- no câncer do colon esquerdo e reto, no megacolon e na retite estenosante —, 251.
- Centro de Estudos Franco da Rocha —, 305, 310, 389, 454.
- Centro de Estudos Franco da Rocha — Prêmio Fausto Guerner —, 310.
- Centro de Estudos da Maternidade Modelo —, 389.
- Centro de Estudos da Maternidade São Paulo —, 305.
- Centro de Estudos de Oftalmologia —, 22, 389, 454.
- CHAMMAS (Fernando) e BARBAS F.º (João Valente) — Osteomielite generalizada e de evolução insidiosa por provável ação do ACTH e do cortisone —, 139.
- Circulação pulmonar. Estudo da —, 369.
- Cirurgia plástica da cabeça na lepra —, 218.
- Cloradino hematófago. Barnsleya amarili g. n. e sp. n. de —, 366.
- COELHO (Eurico), JAMRA (Michel Abu) e VERRASTRO (Teresinha) — Hemofilia no sexo feminino —, 364.
- Conduta expectante ou intervencionista? (hemorragias do aparelho digestivo —, 350).
- Colégio Internacional de Cirurgiões — Posse da nova Diretoria e outras atividades —, 226.
- Colégio Internacional de Cirurgiões — Transmissão de Cargos de Diretoria —, 310.
- Congresso de Araxá —, 297.
- Congresso do Brasil Central —, 216.
- Congresso Brasileiro de Medicina Legal e Criminologia. II —, 398.
- Congresso Brasileiro de Oftalmologia — II —, 398.
- Congresso Ibero Latino-Americano de Dermatologia — III —, 312.
- Congresso Internacional de Técnicos em Saúde — V —, 234.
- Congresso Latino-Americano de Angiologia —, 466.
- Congresso da Seção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões — II —, 215.
- Congresso da Sociedade Internacional de Hematologia — VI —, 397.
- Corpos estranhos da cavidade nasal e conduto auditivo —, 436.
- Corrêa (Antonio), Elizabetsky (Marcos Morganti (Américo Paulo), Lacaz (Carlos da Silva) — Acrinomicose cérvico-facial pelo actinomyces brasiliensis —, 434.
- CORRÊA (Henrique C. Sampaio) — Atualização dos conhecimentos sobre os tumores ósseos —, 347.
- CORRÊA (Marcelo O. A.) e AMATO NETO (Vicente) — Tratamento da ascaridíase pelo hidrato de dipirazina —, 365.
- CORRÊA (Renato R.) — Barnsleya amarili g. n. e sp. n. de cloradino hematófago —, 366.
- Côto duodenal. Problema do —, 216.
- COTONARO (Carlos A.), PERES (Manuel Cuenca) e BAISTROCCH (Dante) — Prolapso de mucosa gástrica em bulbo duodenal —, 131.
- Credidio Neto (Francisco) — Esquistossomose na infância —, 438.
- Criptococose. Aspectos neurocirúrgicos da —, 381.
- Criptococose. Comentários gerais sobre a —, 380.
- Criptococose do sistema nervoso. Considerações clínicas sobre a —, 381.
- Criptococose do sistema nervoso central. Registro de um caso —, 384.
- CRUZ (Oswaldo Ricciardi), CANELAS (Horácio M.), TENUTO (Rolando A.) e ZACLIA (José) — Malformações occipito-cervicais. A propósito de 20 novos casos —, 383.
- CRUZ (Oswaldo Ricciardi), TOLOSA (Adherbal), TENUTO (Land A.) e CANELAS (Horácio M.) — Compressões medulares provocadas por mielomas vertebrais —, 384.
- Cutait (E.) — Aspectos cirúrgicos das diverticulites e diverticuloses —, 443.

D

- DEDEU Ricardo Amalsqué) e BRAIER Leonard Oscar) — Vesícula Fresa (su tratamiento y importância de las disquinesias biliares asociadas) —, 69.
- DELLIVENNERI (Arnaldo), JATENE (Adib Domingos), YAHN (Oscar), LACAZ (Carlos da Silva), VEGA (Victor Salcedo) — Importância da prova cruzada em transfusões de sangue. Considerações sobre um novo caso de sensibilização ao fator Hr' ou c —, 362.
- Dermatoses alérgicas em pediatria —, 352.

- Diagnóstico etiológico da surdo-mudez —, 434.
- Diagnóstico da criptococose pelo exame líquido cefalorraqueano —, 381.
- Diagnóstico na surdo-mudez. Conduta diagnóstica na —, 434.
- Diagnóstico topográfico da lesão (clínico e radiológica) — nas hemorragias do aparelho digestivo —, 349.
- Dias (Mauro Cândido de Souza) — Diagnóstico etiológico da surdo-mudez —, 434.
- DINIZ (Harry Brandi) e LONGO (Paulino W.) — Considerações clínicas sobre a criptococose do sistema nervoso —, 381.
- Divertículo do apêndice cecal: considerações em torno de um caso —, 173.
- Diverticulites e divertículos. Aspectos cirúrgicos das —, 443.
- Diverticulites e divertículos. Aspectos radiológicos das —, 443.
- Doenças de chagas —, 285.
- Doenças tropicais. Conceito geográfico das —, 366.
- Dor. Indiferença congênita generalizada, a —, 383.
- Ducto colédoco. — Tipos de "linguetas pancreáticas" relacionadas com o ducto colédoco em indivíduos negros e brancos —, 23.
- Duodeno. Gastroduodenectomia parcial com fechamento do — por laminação —, 159.

E

- Eczema vaccinatum com localização estrita das lesões. Um caso de —, 366.
- Elizabetsky (Marcos), Corrêa (Antônio), Morganti (Américo Paulo), Lacaz (Carlos da Silva) — Acrinomicose cérvico-facial pelo acrimyces brasiliensis —, 434.
- Espermomigração na estenose do colo uterino —, 300.
- Esporotricose tratado pelo dietilestibestrol. Caso de —, 356.
- Esquistossomose na infância —, 438.
- Esquistossomose Mansoniana —, 419.
- Etiopatogenia das necroses. Conceito e —, 369.

F

- Faculdade de Medicina de São Paulo
Comemoração da passagem do 43.^o aniversário —, 457.
- FALCI (Nicolino), GALVÃO (A. I. Ayssa) e SANTOS (J. A.) — Alguns dados sobre a epidemiologia da poliemielite no interior do Estado de São Paulo —, 364.
- FARIA (José Saldanha) — Fio de algodão para sutura da pele —, 216.
- FARINA (Roberto) — Cirurgia plástica da cabeça na lepra —, 218.
- Febre amarela —, 411.
- Febre Maculosa —, 331.
- FERRAZ (Adalberto Leite) — Câncer do reto —, 298.
- Fio de algodão para sutura da pele —, 216.
- Fístula artério-venosa congênita — Aneurisma cirsoide e —, 121.
- Flosi (Attilio Zelante) — Aspectos endocrinológicos da impotência —, 448.
- Foz (Orlando), RAMOS (Oswaldo Luiz), ATHIÉ (Emílio) — Aneurisma cirsoide e fístula artério-venosa congênita —, 121.
- FRANÇA (A. Spina), TOLOSA (Adherbal) e LACAZ (Carlos da Silva) — Criptococose do sistema nervoso central. Registro de um caso —, 384.

G

- Gayotto (Fernando) e Machado (Eduardo Marcondes) — Dieta de arroz ACTH no tratamento da síndrome nefrótica —, 440.
- GALVÃO (A. I. Ayrosa), FALCI (Nicolino) e SANTOS (J. A.) — Alguns dados sobre a epidemiologia da poliemielite no interior do Estado de São Paulo —, 364.
- Gastroduodenectomia parcial com fechamento do duodeno por laminação —, 159.
- GENTIL (Fernando) — Tratamento do câncer pélvico avançado —, 216.
- GERMEK (Octávio Armínio) — Metabolismo da água, sódio, cloro e potássio. Regulação do equilíbrio ácido-básico, acidose e alcalose —, 368.
- Gikovate (Febus) — O Dispensário e o Hospital particular na luta tuberculosa —, 446.

GOMES (Luiz Florêncio de Salles), BASSOI (Orlando Natale) e PATRICIO (Luiz Dias) — Um caso de eczema vaccinatum com localização estita das lesões —, 366.
 Graziani (Hélio), Santos (Sérgio Paulo) e Morganti (Américo Paulo) — Corpos estranhos da cavidade nasal e conduto auditivo —, 436.

H

Hematemese ou melena (Conduta imediata ao receber o paciente com —, 349.
 Hematemese ou melena? Quando a lesão é alta, qual a frequência de —, 350.
 Hematomas durais. Eletrencefalografia no diagnóstico dos —, 383.
 Hemofilia no sexo feminino —, 364.
 Hemorragias do aparelho digestivo —, 349.
 Hemorragia por hipertensão porta. Conduta clínica ou cirúrgica? —, 350.
 Hemorragias por lesão do esôfago. (queimaduras, corpo estranho, esofatites) —, 352.
 Hemorragias pós-operatórias do aparelho digestivo? Conduta nas —, 352.
 Hemorragias repetidas sem diagnóstico prévio, haveria indicação de laparotomia? Nas —, 350.
 HERMETO JÚNIOR (Sebastião) — A tireoidectomia sub-total ampliada (Indicações, bases e técnicas) —, 97.
 HERMETO JÚNIOR (Sebastião) — Orientação geral no tratamento pré-operatório do hipertireoidismo —, 149.
 Hérnia inguinal na infância. Cura radical da —, 145.
 Hidátides de Morgagni — Entrerelacionamento de —, 218.
 Hipertireoidismo. Orientação geral no tratamento pré-operatório do —, 149.
 Hospital Juqueri —, 222, 305, 389.

I

Impotência. Aspectos endócrinos da —, 448.
 Imprensa Médica de São Paulo —, 222, 306, 456.
 Impressões de uma viagem aos Estados Unidos —, 199.
 Influenza. Aspectos etiológicos e diagnóstico laboratorial da —, 376.

Inseminação artificial. Aspectos ginecológicos técnicos da —, 376.
 Inseminação artificial e o Direito. A —, 358.
 Insuficiência pulmonar. Aspectos clínicos e terapêuticos da —, 369.
 Instituto Central do Hospital A. C. Camargo —, 389.
 Isótopos radiativos na medicina —, 312.

J

JAMRA (Michel Abu), COELHO (Eurico) e VERRASTRO (Teresinha) — Hemofilia no sexo feminino —, 364.
 JATENE (Adib Domingos), YAHN (Oscar), LACAZ (Carlos da Silva), DOLLIVENNERI (Arnaldo), VEGA (Vitor Salcedo) — Importância da prova cruzada em transfusões de sangue. Considerações sobre um novo caso de sensibilização ao fator Hr' ou c —, 362.
 Jornada de Atualização Cirúrgica —, 465.
 JULÃO (Oswaldo Freitas) e BRETTE (Wilson) — Indiferença congênita generalizada, a dor —, 383.
 JUNQUEIRA (Diogo Pupo) — Conceito de Medicina Industrial —, 374.

K

Klobusitzky (Dionysio) — Físico-química da permeabilidade das membranas celulares —, 450.

L

LACAZ (Carlos da Silva), FRANÇA (A. Spina) e TOLOSA (Adherbal) — Criptococose do sistema nervoso central. Registro de um caso —, 384.
 Lacaz (Carlos da Silva), Morganti (Américo Paulo), Elizabetsky (Marcos), Corrêa (Antonio) — Acrinomicose cervico-facial pelo acrinomycetes brasiliensis —, 434.
 LACAZ (Carlos da Silva), YAHN (Oscar), JATENE (Adib Domingos), DOLLIVENNERI (Arnaldo) e VEGA (Victor Salcedo) — Importância da prova cruzada em transfusões de sangue. Considerações sobre um novo caso de sensibilização ao fator Hr' ou c —, 362.

- LACAZ (Carlos da Silva), YAHN (Oscar) e MELONE (Oswaldo) — Acidente hemolítico devido à presença de anticorpos anti-h' (anti-c) no soro do paciente —, 362.
- Leishmaniose tegumentar americana —, 275.
- LEME (José Benedito de Moraes) — Seguro contra acidente do trabalho —, 377.
- Lepra. Sobre a presença de corpos esteróides na —, 354.
- Lesão mais freqüente e em que percentagem não conseguiu esclarecê-la previamente. Havendo hemorragia, qual a —, 350.
- Lesões do sistema nervoso central na torulose —, 381.
- Ligadura da artéria mesentérica inferior acima da cólica esquerda no câncer do colon esquerdo e reto, no megacolon e na retite estenosante —, 251.
- LIMA (José Werneck), OLIVEIRA (Edison de) e CELSO (Nilson Marcondes) — Ligadura da artéria mesentérica inferior acima da cólica esquerda no câncer do colon esquerdo e reto, no megacolon e na retite estenosante —, 251.
- Lima (Mozart Tavares) — O Dispensário e o Hospital particular na luta anti-tuberculosa —, 447.
- Literatura Médica —, 234, 318, 399, 466.
- Litíase de la glándula submaxilar (Tratamiento de ciertos casos de — por la extirpación del conducto de Wharton —, 73.
- LONGO (Rosa Helena), ALBERNAZ FILHO (Paulo Mangabeira) ZUKERMAN (Eliova) — Eletrencefalografia no diagnóstico dos hematomas durais —, 383.
- LONGO (Paulino W.) e DINIZ (Harry Brandi) — Considerações clínicas sobre a criptococose do sistema nervoso —, 381.
- Lopes (Oscar de Souza), Silveira (Décio Fleury da) Brandi (Roberto) — Novos aspectos da bacteriologia da tuberculose, em face dos antibióticos —, 447.
- LORENZO (João de), SMANIO (Trieste), BICUDO NETO (Feliciano) e MONTAGNANA (Dante) — Gastroduodenectomia parcial com fechamento do duodeno por laminação —, 159.

M

- Machado (Eduardo Marcondes), Gayotto (Fernando) — Dieta de arroz e ACTH no tratamento da síndrome nefrótica —, 440.
- MACHADO (Waldemar) — Relatório da Seção de Maternidade do Sanatório São Lucas durante o ano de 1953 —, 302.
- MAGALDI (José de Barros) — Fisiopatologia e quadro clínico das nefroses —, 370.
- Malária —, 261.
- Malformações occipito-cervicais. A propósito de 20 novos casos —, 383.
- Manicômio Judiciário —, 389, 456.
- Marone (Silvio) — Medicina psicossomática e otorrinolaringologia —, 436.
- Marques (J. Costa), Straus (Annelise) Santos (Américo Cardoso dos) — Acrodinia infantil —, 440.
- MATTAR (Emílio) — Conceito e etiopatogenia das nefroses —, 369.
- Medicina Industrial. Conceito de —, 374, 376.
- Medicina psicossomática e otorrinolaringologia —, 436.
- Mello (João Ferreira de) e Mendes (Ernesto) — Reação anafilática à diidroestreptomicina —, 434.
- MELONE (Oswaldo), YAHN (Oscar) e LACAZ (Carlos da Silva) — Acidente hemolítico devido à presença de anticorpos anti-Hr' (anti-c) no soro do paciente —, 362.
- MELONI (Oswaldo) — Exanguinotransusão com sangue Rh-positivo no tratamento da moléstia hemolítica do recém-nascido —, 364.
- Membranas celulares. Físico-química da permeabilidade das —, 450.
- Mendes (Ernesto) e Mello (João Ferreira de) — Reação anafilática à diidroestreptomicina —, 434.
- MENDONZA (Augusto Hernandez) — Varicocele —, 195.
- Metabolismo da água, sódio, cloro e potássio. Regulação do equilíbrio ácido-básico, acidose e alcalose —, 368.
- MICHALANY (Jorge) — Corpos asteróides na blastomicose ou doença de Jorge Lobo —, 354.
- MICHALANY (Jorge) e SOUZA (Paulo Rath de) — Sobre a presença de corpos asteróides na lepra —, 354.

Mielomas vertebrais. Compressões medulares provocadas por —, 384.
 Moléstia hemolítica do recém-nascido. Exanguinotransusão com sangue Rh-positivo no tratamento da moléstia hemolítica do —, 364.

MORAES (Roberto Vilhena de), PINTO (Virgílio A. de Carvalho) e ROFINETTI (Pedro) — O tratamento cirúrgico de artéria do esôfago com fistula traqueo-esofágica (Apresentação de um caso de anastomose primária extrapleural com sobrevida) —, 77.

MONTAGNANA (Dante), LORENZO (João de), SMANIO (Trieste), BICUDO NETO (Feliciano) — Gastroduodenectomia parcial com fechamento do duodeno por laminação —, 159.

MONTENEGRO (Cássio) — Problema do Coto duodenal —, 216.

Morganti (Américo Paulo), Corrêa (Antonio), Elizabetsky (Marcos), (Lacaz) (Carlos da Silva) — Acrinomicose cervico-facial pelo *acrinomyces brasiliensis* —, 434.

Morganti (Américo Paulo), Santos (Sérgio Paula) e Graziani (Hélio) — Corpos estranhos da cavidade nasal e conduto auditivo —, 496.

MÜLLER (Franz) — Aspectos ginecológicos técnicos da inseminação artificial —, 357.

N

Necrológio: { Professor Henrique da Rocha Lima —, 391.
 { Prof. João Marinho —, 230.

Nefrose. Fisiopatologia e quadro clínico das —, 370.

Nefrose. Terapêutica das —, 373.

Nevrite leprótica —, 218.

NOGUEIRA (Diogo Pupo) — Conceito de Medicina Industrial —, 374.

NOGUEIRA (Plínio Campos) e PINTO (Virgílio Alves de Carvalho) — Cura radical da hérnia inguinal na infância —, 145.

O

OLIVEIRA (Edison de), LIMA (José Werneck) e CELSO (Nilson Marcondes) — Ligadura da artéria mesentérica inferior acima da cólica es-

querda no câncer do colon esquerdo e reto, no megacolon e na retite estenosante —, 251.

Oliveira Jr. (José Ramos de) — Aspectos clínicos do câncer do cólon, reto e ânus —, 442.

Osteomielite generalizada e de evolução insidiosa por provável ação do ACTH e do cortisone —, 139.

OÖTTENSOOSER (F.) e RUSSI (Adhemar Albano) — Sensibilização ao fator sanguíneo Kell por transfusão de sangue: terceiro caso observado em nosso meio —, 386.

P

PASQUALUCCI (Mário E. A.) e AMORIM (Moacyr de Freitas) —, 381.

PATRICIO (Luiz Dias), GOMES (Luiz Florêncio de Salles), BASSOI (Orlando Natale) — Um caso de eczema vaccinatum com localização estrita das lesões —, 366.

Pensamento de Khishnamurti e a psicanálise O —, 300.

PENNA (Décio de Oliveira) — Aspectos clínicos e terapêuticos da insuficiência pulmonar —, 369.

Perda sanguínea. Avaliação da — Quais os testes usados (clínicos e laboratoriais?) —, 349.

PERES (Manuel Cuenca), BAISTROCCHI (Dante) e COTONARO (Carlos A. — Prolapso de mucosa gástrica em bulbo duodenal —, 131.

Permeabilidade das membranas celulares Físico-química da —, 450.

Peste —, 343.

PESSÔA (Samuel B.) — Ancilostomose —, 425.

PESSOA (Samuel Barnsley) — Conceito geográfico das doenças tropicais —, 366.

PESSÔA (Samuel B.) — Doenças de Chagas —, 285.

PESSÔA (Samuel B.) — Esquistossomose Mansônica —, 419.

PESSÔA (Samuel B.) — Febre Amarela —, 411.

PESSÔA (Samuel B.) — Febre Maculosa —, 331.

PESSÔA (Samuel B.) — Leishmaniose tegumentar americana —, 275.

PESSÔA (Samuel B.) — Malária —, 261.

PESSÔA (Samuel B.) — Peste —, 343.

PESSÔA (Samuel B.) — Tifo Murino, —, 339.

- PIMENTA (Aloysio Mattos) e ALBERNAZ FILHO (Paulo Mangabeira) — Aspectos neurocirúrgicos da criptococose —, 381.
- Pimenta (Alaysio Mattos) — Clínica dos tumores intracranianos —, 444.
- PINTO (Virgílio Al de Carvalho) NOGUEIRA (Plínio Campos) — Cura radical da hérnia inguinal na infância —, 145.
- PINTO (Virgílio A. de Carvalho), REFINETTI (Pedro) e MORAES (Roberto de Vilhena) — O tratamento cirúrgico da atresia do esôfago com fistula traqueo-esofágica (Apresentação de um caso de anastomose primária extrapleural com sobrevida) —, 77.
- POILISHER (Saul), WYBERTO (Augusto), UCHITEL (Paulo) e VIAGGIO (Juan A.) — Resultado del tratamiento quirúrgico de las varices de los miembros inferiores —, 57.
- Poliomielite no interior do Estado de São Paulo. Alguns dados sobre a epidemiologia da —, 364.
- Prêmios oferecidos aos melhores trabalhos sobre gastroenterologia —, 399.
- Progressos terapêuticos —, 297.
- Prolapso de mucosa gástrica em bulbo duodenal —, 131.
- Prolapso do reto na criança —, 442.
- Protologia e Clínica —, 386.
- Psicanálise. O pensamento de Krishnamurti e a —, 300.
- Pulmão. Conceito, classificação e exploração funcional do —, 368.
- Pupo (Paulo Pinto) — Fisiopatologia das síndromes convulsivas —, 436.

Q

- QUADROS (Jacyr) — Atualização dos conhecimentos sobre os tumores ósseos —, 348.

R

- RAMOS (Oswaldo Luiz), Foz (Orlando) e ATHÉ (Emílio) — Aneurisma circoide e fistula artério-venosa congênita —, 121.
- RATTO (Octávio Ribeiro) 1/2 Estudo da circulação pulmonar —, 369.
- Reação anafilática à diidroestreptomicina —, 434.

- REFINETTI (Pedro), PINTO (Virgílio Alves de Carvalho) e MORAES (Roberto de Vilhena) — O tratamento cirúrgico da atresia do esôfago com fistula traqueo-esofágica (Apresentação de um caso de anastomose primária extrapleural com sobrevida) —, 77.

- REIFF (Theophilo Stamato), BACILLA (Victor) e RIBEIRO (Eurico Branco) — Divertículo do apêndice cecal; considerações em torno de um caso —, 173.

- REIS (João Baptista dos) e BEI (Antônio) — Diagnóstico da criptococose pelo exame líquido cefalorraquiano —, 381.

- Retite estenosante. Ligadura da artéria mesentérica inferior acima da cólica escura no câncer do colon esquerdo e reto, no megacolon e na —, 251.

- RIBEIRO (Eurico Branco) — Câncer gástrico —, 218.

- RIBEIRO (Eurico Branco), REIFF (Theophilo Stamato) e BACILLA (Victor) — Divertículo do apêndice cecal; considerações em torno de um caso —, 173.

- Ribeiro (Luís Branco) — Caso clínico —, 450.

- RIBEIRO (Luís Branco) — Congresso do Araxá —, 297.

- RIBEIRO (Milton César) — Protologia e clínica —, 386.

- ROMEIRO NETO (Mateus) — Conceito classificação e exploração funcional do pulmão —, 368.

- Rosas (Francisco de Almeida) — Câncer das pálpebras —, 433.

- Rosemberg (José) — Novos aspectos da bacteriologia da tuberculose em face dos antibióticos —, 448.

- ROSENFELD (Gastão) — O valor do laboratório no diagnóstico dos tumores ósseos —, 347.

- ROTBERG (Abraão) — Orientação terapêutica nas alergodermias —, 353.

- RUSSI (Adhemar Albano) — 15.º aniversário do Sanatório São Lucas —, 298.

- RUSSI (Adhemar Albano) e OTTENSOOSER (F.) — Sensibilização ao fator sanguíneo Kell por transfusão de sangue: terceiro caso observado em nosso meio —, 386.

S

- SAMPAIO (André Leme) — O pensamento de Krishnamurti e psicanálise —, 300.
- Sanatório São Lucas — 15.º aniversário —, 298.
- Sanatório São Lucas — Relatório da Secção de Maternidade do — durante o ano de 1953 —, 302.
- Santos (Américo Cardoso dos), Marques (J. Costa) e Strauss (Annelise) — Acrodinia infantil —, 440.
- SANTOS J. A.), FALCI (Nicolino) e GALVÃO (A. L. Ayrosa) — Alguns dados sobre a epidemiologia da poliomielite no interior do Estado de São Paulo —, 364.
- Santos (Sérgio Paula), Graziani (Hélio) e Morganti (Américo Paulo) — Corpos estranhos da cavidade nasal e conduto auditivo —, 436.
- Sensibilização ao fator Hr' ou C. Importância da prova cruzada em transfusões de sangue. Considerações sobre um novo caso de —, 362.
- Sensibilização ao fator sanguíneo Kell por transfusão de sangue: terceiro caso observado em nosso meio —, 386.
- Silva (Celso Pereira da) — O craneograma nos tumores cerebrais —, 444.
- Silveira (Décio Fleury da), Brandi (Roberto) e Lopes (Oscar de Souza) — Novos aspectos da bacteriologia da tuberculose, em face dos antibióticos —, 447.
- Simpósio sobre hemorragias do aparelho digestivo —, 349.
- Síndrome nefrótica. Dieta de arroz e ACTH no tratamento da —, 440.
- Síndromes convulsivas. Fisiopatologia das — 436.
- Sinfisiotomia em cabeça derradeira —, 19.
- SMANIO (Trieste), LORENZO (João de), BICUDO NETO (Feliciano) e MONTAGNANA (Dante) — Gastroduodenectomia parcial com fechamento do duodeno por laminação —, 159.
- SMANIO (Trieste) — Tipos de "linguetas pancreáticas" relacionadas com o ducto colédoco em indivíduos negros e brancos —, 23.
- Sociedade de Biologia de São Paulo —, 390.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica —, 306.

- Sociedade Médica São Lucas, 215, 222, 297, 306, 308, 386, 390, 450, 456.
- Sociedade Médica São Lucas — Eleição e Posse da Diretoria 1956/1957 —, 298-308.
- Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo —, 306, 390.
- Sociedade Paulista de História de Medicina —, 390.
- Sociedade Paulista de Leprologia —, 308, 456.
- Eleição da nova Diretoria.
- Sociedade Paulista de Reumatologia —, 306.
- SOUZA (Maciel de) — Espermomigração na estenose do colo uterino —, 300.
- SOUZA (Paulo Rath de) e MICHILANY (Jorge) — Sobre a presença de corpos asteróides na lepra —, 354.
- STRAUSS (Annelise) — Dermatoses alérgicas em pediatria —, 352.
- STRAUSS (Anelise), Marques (J. Costa) e Santos (Américo Cardoso dos) — Acrodinia infantil —, 440.
- Sutura da pele. Fio de algodão para —, 216.

T

- TENUTO (Lando A.), TOLOSA (Adherbal), CANELLAS (Horácio M.) e CRUZ (Oswaldo Ricciardi) — Compressões medulares por mielomas vertebrais —, 384.
- TENUTO (Lolando A.), CANELLAS (Horácio M.), ZACLIIS (José) e CRUZ (Oswaldo Ricciardi) — Malformações occipito-cervicais. A propósito de 20 novos casos —, 383.
- Terapêutica nas alergodermias. Orientação —, 353.
- Tifo murino —, 339.
- Tireoidectomia sub-total ampliada. A —, (indicações, bases e técnicas) —, 97.
- TOLEDO (Paulo de Almeida) — Aspectos radiológicos das diverticulites e diverticuloses —, 443.
- TOLOSA (Adherbal), CANELLAS (Horácio M.), TENUTO (Lando A. e CRUZ (Oswaldo Ricciardi) — Compressão medulares provocadas por mielomas vertebrais —, 384.
- TOLOSA (Adherbal), FRANÇA (A. Spina e LACAZ Carlos da Silva) — Criptococose do sistema nervoso central. Registro de um caso —, 384.

- TORLONI (Humberto) — Atualização dos conhecimentos sobre os tumores ósseos —, 348.
- Torulose. Lesões do sistema nervoso central na —, 381.
- Trombocitopenias hemorrágicas. Conduta nas —, 352.
- Tuberculose. Novos aspectos da bacteriologia da — em face dos antibióticos —, 447, 448.
- Tuberculose. O Dispensário e o Hospital particular na luta antituberculosa —, 446, 447.
- Tumores cerebrais. O craniograma nos —, 444.
- Tumores intracranianos. Clínica dos —, 444.
- Tumores ósseos. Atualização dos conhecimentos sobre os —, 347, 348.
- Tumores ósseos. O valor do laboratório no diagnóstico dos tumores ósseos —, 347.

U

- UCHITEL (Paulo), WYBERT (Augusto), VIAGGIO (Juan A.) e POILISHER (Saúl) — Resultado del tratamiento quirúrgico de las varices de los miembros inferiores —, 57.
- Úlceras hemorrágicas? Qual a conduta a seguir nas —, 352.
- Úlcera perfurada e amebíase —, 215.
- Universidade de São Paulo — Modificada a estrutura de ensino médico —, 224.

V

- VALLE (Luís Augusto Ribeiro do) — Aspectos etiológicos e diagnóstico laboratorial da influenza —, 376.
- Varicocele —, 195.
- Varices de los miembros inferiores. Resultados del tratamiento quirúrgico de las —, 57.
- VEGA (Victor Salcedo), JATENE (Adib Domingos), YAHN (Oscar), LACAZ (Carlos da Silva), DELLIVENNERI (Ainaldo) — A importância da prova cruzada em transfusões de sangue. Considerações sobre um novo caso de sensibilização ao fator Hr' ou c. —, 362.
- VERRASTRO (Teresinha), JAMRA (Michel Abu) e COELHO (Eurico) — Hemofilia no sexo feminino —, 364.
- Verrucose extensa. Considerações a respeito de dois casos —, 356.
- Vesícula fresa (su tratamiento y importancia de las disquinesias biliares asociadas) —, 69.

- VIAGGIO (Juan A.), WYBERT (Augusto), UCHITEL (Paulo) e POILISHER (Saúl) — Resultado del tratamiento quirúrgico de las varices de los miembros inferiores —, 57.
- VIAGGIO (Juan A.) e WYBERT (Augusto) — La exploración de la mama en el tratamiento del cancer mamário —, 63.
- VOROBIOV (E.) — Os isótopos radioativos na medicina —, 312.

W

- WOISHY (John) — Discussão de caso clínico —, 302.
- WYBERT (Augusto), UCHITEL (Paulo), VIAGGIO (Juan A.) e POILISHER (Saúl) — Resultado del tratamiento quirúrgico de las varices de los miembros inferiores —, 57.
- WYBERT (Augusto) e VIAGGIO (Juan A.) — La exploración de la mama interna en el tratamiento del cáncer mamário —, 63.

Y

- YAHN (Oscar), JATENE (Adib Domingos), LACAZ (Carlos da Silva), DELLIVENNERI (Ainaldo) e VEGA (Victor Salcedo) — Importância da prova cruzada em transfusões de sangue. Considerações sobre um novo caso de sensibilização ao fator Hr' ou c. —, 362.
- YAHN (Oscar), LACAZ (Carlos da Silva), NELLONE (Oswaldo) — Acidente hemolítico devido à presença de anticorpos anti-Hr' (anti-c) no soro do paciente —, 362.

Z

- ZACLIIS (José) — Angiografia vértebro-basilar retrógrada —, 382.
- ZACLIIS (José), CANELLAS (Horácio M.), TENUTO (Rolando A.) e CRUZ (Oswaldo Ricciardi) — Malformações occipito-cervicais. A propósito de 20 novos casos —, 383.
- ZACLIIS (José) — Persistência da anastomose carótida-basilar. A propósito de um caso revelado pela angiografia cerebral —, 382.
- ZUKERMAN (Eliova), ALBERNAZ FILHO (Paulo Mangabeira) e LONGO (Rosa Helena) — Eletrencefalografia no diagnóstico dos hematomas durais —, 383.

INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar - Telefone 34-0655

SÃO PAULO

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos
publicados na literatura médica mundial.



Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| I - Anatomia, Embriologia e Histologia. | VIII - Neurologia e Psiquiatria. |
| II - Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia. | IX - Cirurgia. |
| III - Endocrinologia. | X - Obstetrícia e Ginecologia. |
| IV - Microbiologia e Higiene. | XI - Oto-rino-laringologia. |
| V - Patologia Geral e Anatomia Patológica. | XII - Oftalmologia. |
| VI - Medicina Geral. | XIII - Dermatologia e Venereologia. |
| VII - Pediatria. | XIV - Radiologia. |
| | XV - Tuberculose. |



Pedidos de assinaturas para:

111, KALVERSTAAT - AMSTERDAM C. - HOLANDA

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático

+++

LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 777 - Telefone, 36-4573 - São Paulo

São Paulo Editora S/A., imprimiu.